

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

N°

259

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 19 Mai 1909, à 1 heure

PAR

Gabriel HÉRISSON

Ancien Interne en Chirurgie des Hôpitaux de Paris
Diplômé de l'Institut de Médecine Coloniale de Paris
Licencié ès Sciences

Les Lipomes Rétropéritonéaux

Président : M. HARTMANN, *professeur*

Juges : { MM. SEGOND, *professeur*
NICOLAS, *professeur*
BRANCA, *agréé*

PARIS

ALFRED LECLERC EDITEUR

19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1909

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

151

239

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 19 Mai 1909, à 1 heure

PAR

Gabriel HÉRISSON

Ancien Interne en Chirurgie des Hôpitaux de Paris
Diplômé de l'Institut de Médecine Coloniale de Paris
Licencié ès Sciences

Les Lipomes Rétropéritonéaux



Président : M. HARTMANN, *professeur*

Juges : { MM. SEGOND, *professeur*
NICOLAS, *professeur*
BRANCA, *agréé*

PARIS

ALFRED LECLERC EDITEUR

19, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 19

1909

Faculté de Médecine de Paris

	LE DOYEN	M. LANDOUZY
	PROFESSEURS	MM.
Anatomie		NICOLAS
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales		BOUCHARD
Pathologie médicale		BRISSAUD
Pathologie chirurgicale		DEJERINE
Anatomie pathologique		LANNELONGUE
Histologie		PIERRE MARIE
Opérations et appareils		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale		HARTMANN
Thérapeutique		POUCHET
Hygiène		GILBERT
Médecine légale		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée		N...
		ROGER
		HAYEM
Clinique médicale		DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
		HUTINEL
Maladies des enfants		
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale		GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND
		DELBET
Clinique chirurgicale		QUENU
		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique		DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires		ALBARRAN
		PINARD
Clinique d'accouchements		BAR
		RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique		POZZI
Clinique chirurgicale infantile		KIRMISSON
Clinique thérapeutique		ALBERT ROBIN

Agrégés en Exercice

MM.			
AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGREY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE



A MA TANTE, MADAME LOUIS ALCINDOR

A MES COUSINS

EMILE, JEANNE ET LÉON ALCINDOR

Témoignage de profonde reconnaissance

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN
*Professeur de médecine opératoire à la Faculté
Chirurgien de l'hôpital Bichat.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stage

1899-1900 M. le Docteur HIRTZ.

Externat

1900-1901 M. le Docteur BRUN (*in memoriam*).

1901-1902 { M. le Docteur FLORAND.
M. le Docteur DALCHÉ.

1902-1903 M. le Docteur BARTH.

Internat à l'hospice de Brévannes

1903-1904 { M. le Docteur GEOFFROY.
M. le Docteur RENÉ MARIE.

Internat provisoire

1904-1905 { M. le Docteur JULES RENAULT.
M. le Docteur VOISIN.
M. le Docteur HUDELO.

Internat

1905-1906 { M. le Docteur DEMOULIN.
M. le Professeur agrégé MAUCLAIRE.

1906-1907 M. le Professeur HARTMANN.

1907-1908 M. le Professeur agrégé RICARD.

1908-1909 { M. le Docteur DEMOULIN.
M. le Professeur agrégé RIEFFEL.

INTRODUCTION

Dans l'espace rétropéritonéal se développent des tumeurs malignes et des tumeurs bénignes. Les tumeurs malignes — cancers et sarcomes — sont assez rares. Les tumeurs bénignes sont beaucoup plus fréquentes, encore qu'elles ne se rencontrent que rarement. Ces tumeurs bénignes sont exceptionnellement des fibromes (1), ou des fibromyomes (2) dans la très grande majorité des cas des lipomes, lipomes purs ou lipomyxomes ou lipo-myxofibromes. C'est à ce dernier groupe de tumeurs que nous bornerons notre étude.

Les lipomes rétropéritonéaux constituent une question toute récente en chirurgie, puisque le premier cas dont l'histoire nous ait été transmise est de la fin du XVIII^e siècle. Il est curieux à ce sujet de constater que tous les auteurs accordent invariablement à Morgagni la paternité de cette première observation. Or le cas que rapporte Morgagni a été observé par Valsalva, et Morgagni le dit lui-même très explicitement. Morgagni a cependant lui aussi personnellement observé une tumeur du mésentère, dont il relate d'ailleurs l'observation avec force détails à la suite du cas de Valsalva, mais il l'a rencontrée chez « une

(1) PÉAN. — *Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin* t. II, p. 1135.

(2) MORTON. *The LANCET*, 1908, II, p. 520.

très petite poule (1) » et non chez l'homme. Nous ne pouvons en faire état ici.

Donc Valsalva et non Morgagni a observé le premier lipome rétropéritonéal dont l'histoire clinique et anatomique nous soit parvenue. Après lui, quelques auteurs (Broca, Moynier) constatent des lipomes au cours d'autopsies et les décrivent. Ce n'est que dans la seconde moitié du XIX^e siècle que l'on commence à opérer ces énormes tumeurs abdominales, bien faites pour déconcerter les plus entreprenants chirurgiens d'une époque où la chirurgie naissait seulement. Aussi les premières tentatives d'extirpation furent-elles presque toutes suivies d'insuccès ; la péritonite suraiguë, une grosse faute de technique, la durée excessive de l'opération furent les causes habituelles de mort. Péan, qui était le meilleur tempérament chirurgical de l'époque, mettait trois heures (Obs. 10) et quatre heures (Obs. 11) à extirper un lipome chez des sujets presque cachectiques.

A mesure que la chirurgie se développe sous le manteau de l'antisepsie et de l'asepsie, on voit naître et se préciser la technique de l'extirpation des lipomes rétropéritonéaux et les succès opératoires se multiplier. Toutes les exérèses pratiquées *en bonnes conditions* au cours de ces dernières années furent suivies

(1) « Nam etsi hominum cadavera incidere non consueverant (veteri auctores); at brutarum animantium haud raro solebant, in quorum aliqua non id offendisse incredibile est, quod ego vel in parvula gallina vidi. Erat ea non minus macra quam vorax; ventrem œque tumidum gerebat, ac si ovum, quod per aetatem necdum poterat, mox esset editura..... » Morgagni, *de sedibus et causis morborum per anatomen indagatis, epist.* XXXIX, 1779.

de guérison. Malheureusement les bonnes conditions ne sont que rarement réalisées : le malade attend souvent pour se décider à l'opération que la tumeur ait déterminé des troubles fonctionnels graves ou même irrémédiables.

Plusieurs travaux d'ensemble ont été publiés sur la question des lipomes rétropéritonéaux. Terrillon (1), le premier, en 1886, a étudié ces « tumeurs graisseuses trouvées dans le mésentère ». Et pendant longtemps le nom de lipomes du mésentère resta aux lipomes rétropéritonéaux. Augagneur (2), dans sa thèse d'agrégation, Quénu (3) et Villar (4) dans les Traités classiques de chirurgie adoptèrent cette appellation.

Terrier (5) et Guillemain proclamèrent en 1892 qu'il fallait nommer lipomes rétropéritonéaux ces lipomes nés derrière le péritoine et qui restent toujours derrière le péritoine, encore qu'ils dédoublent en s'y insinuant les mésocolons et parfois — mais plus rarement — le mésentère. Malgré le clair exposé de ces auteurs et en dépit des observations, Adami (6) a cru pouvoir diviser les lipomes rétropéritonéaux en trois groupes : 1^o ceux qui naissent de la graisse périrénale ; 2^o ceux dont l'origine est douteuse ; 3^o ceux qui se développent dans le mésentère. Nous verrons au cours de notre étude qu'il faut rejeter cette classification.

(1) TERRILLON. — *Archives générales de Médecine*, 1886, p. 260.

(2) AUGAGNEUR. — *Tumeurs du mésentère* (Thèse d'agrég., 1886).

(3) QUÉNU. — *In Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus*, t. VI, p. 925.

(4) VILLAR. — *In Traité de Chirurgie de L. Dentu et Delbet*, t. VIII, p. 10.

(5) TERRIER et GUILLEMAIN. — *Revue de Chirurgie*, 1892, p. 747.

(6) ADAMI. — *Montreal medical Journal*, 1896-1897, t. XXV, p. 529 et 620.

Parmi les travaux les plus récents parus sur cette question, citons l'importante étude d'Hartmann et Lecène (1) sur les « Tumeurs de la capsule adipeuse du rein », travail basé sur trente-trois observations de tumeurs diverses parmi lesquelles vingt lipomes ; la monographie de Reynolds et Wadsworth (2) qui, compulsant toutes les statistiques antérieures, arrive à un total de cinquante lipomes rétropéritonéaux.

Proust et Trèves (3), deux ans après, offrant une large hospitalité à des observations qui n'ont rien du lipome rétropéritonéal, comme nous le montrerons plus loin, passent de cinquante à quatre-vingt-neuf cas. Nous serons, pour notre part, plus strict, et tout en rapportant trois observations nouvelles, parues depuis le travail de Proust et Trèves, nous n'arriverons qu'à un total de quatre-vingt-deux cas de lipomes rétropéritonéaux indiscutables.

Nous ajouterons à la suite des observations de lipomes six cas de tumeurs en grande partie lipomateuses, mais aussi sarcomateuses par places et donnant quelques-unes le tableau clinique du sarcome. Elles forment le passage entre les lipomes, tumeurs bénignes, et les sarcomes, tumeurs malignes, et sont par cela même du plus haut intérêt clinique et opératoire.

(1) HARTMANN et LECÈNE. — *In Hartmann : Travaux de chirurgie anatomo-clinique*, 1^{re} série, Paris, 1903, p. 45.

(2) REYNOLDS et WADSWORTH. — *Annals of Surgery*, 1906, p. 60 et 77.

(3) PROUST et TRÈVES. — *Revue de Gynéc. et de Chir. abd.*, Janvier 1908, p. 97.

DÉLIMITATION DU SUJET

D'après ce que nous venons de dire, il est indispensable de donner du lipome rétropéritonéal une définition stricte. Nous entendons séparer nettement le lipome rétropéritonéal du lipome mésentérique ou du lipome du ligament large.

Par lipome rétropéritonéal, il faut entendre un *lipome né et développé derrière le péritoine pariétal postérieur*, au devant, par conséquent, de la paroi abdominale postérieure. Le lipome naît généralement dans une des fosses lombaires, parfois dans une des fosses iliaques, parfois au-devant des vertèbres. Il refoule, en se développant, l'intestin grêle et le colon, il s'insinue quelquefois entre les deux feuillets du mésentère (1), il dédouble souvent le mésocolon ascendant ou descendant, il clive le ligament large. Mais ce ne sont là que des prolongements secondaires de la tumeur trop à l'étroit dans l'espace rétropéritonéal, qui reste son habitat véritable. Il s'agit toujours d'un lipome rétropéritonéal et non d'un lipome du mésentère ou du ligament large. Ainsi voyons-nous un fibrome nasopharyngien envoyer des prolongements dans le sinus

(1) Il est bien entendu que le nom de *mésentère* doit être réservé au repli du péritoine qui rattache l'intestin grêle à la paroi abdominale et que les lames allant du gros intestin à la paroi s'appellent non pas *mésentère*, ni *mésentère du colon*, mais méso-colon (ascendant, transverse, descendant, iliaque et pelvien), méso-cœcum, méso-appendice.

maxillaire ou dans la cavité encéphalique, sans prendre pour cela le nom de tumeur de l'encéphale ou du sinus maxillaire.

Il existe cependant des lipomes du mésentère et des lipomes du ligament large. Ce sont les lipomes nés et développés dans l'un ou l'autre de ces replis péritonéaux. Ils se distinguent des lipomes rétropéritonéaux en ce qu'ils n'ont aucune connexion avec la paroi abdominale postérieure.

De ces différentes définitions, il résulte que les termes de lipome rétropéritonéal, de lipome mésentérique et de lipome du ligament large ne sont nullement synonymes. Il résulte encore que, nous bornant à l'étude des lipomes rétropéritonéaux, nous devons exclure de notre travail plusieurs cas qui sont donnés par certains auteurs comme des lipomes rétropéritonéaux et qui sont manifestement les uns des lipomes du mésentère, les autres des lipomes du ligament large. Citons ces cas.

Roux a rapporté, au VII^e Congrès français de Chirurgie, en 1893, l'observation d'un malade qu'il avait opéré pour une tumeur graisseuse *nettement et exclusivement intramésentérique*. Il suffit de lire l'observation (1) pour comprendre que ce lipome, inclus entre

(1) « On voit apparaître immédiatement un gros boudin, formé par deux anses tordues l'une autour de l'autre et qui sert de long pédicule à la masse » qui *pend dans le petit bassin comme une poire* et au milieu de laquelle on trouve une tumeur graisseuse du volume d'une très grosse orange. C'est un bouquet d'intestin grêle qu'on extrait sans peine et rejette en haut sur le ventre..... *Comprise entre les deux feuillets du mésentère*, à l'insertion viscérale, la tumeur, intimement soudée à l'intestin, paraît en avoir soulevé le péritoine, empiétant de chaque côté, de manière que l'iléon semble lui

les deux feuillets du mésentère comme un kyste, accolé au bord mésentérique de l'intestin, et *sans connexion aucune avec la paroi abdominale postérieure*, est un lipome du mésentère et non un lipome rétropéritonéal.

Et cependant, tous les auteurs citent ce cas à propos des lipomes rétropéritonéaux, bien à tort selon nous. Nous ferons de suite remarquer qu'il ne s'agit pas là d'une simple distinction de termes, n'ayant qu'une valeur anatomique. Il y a mieux : cliniquement, un petit lipome intramésentérique ne ressemble pas du tout à ces masses énormes qui constituent les lipomes rétropéritonéaux. Opératoirement, les connexions des lipomes rétropéritonéaux avec les anses grêles sont rarement aussi intimes que celles des lipomes mésentériques : dans le cas que nous venons de citer, Roux a dû réséquer plus d'un mètre d'intestin grêle. Or, il est *tout à fait exceptionnel* qu'on soit obligé de réséquer de l'intestin grêle au cours d'une extirpation de lipome rétropéritonéal.

Nous en dirons autant des lipomes du ligament large. Ils sont très différents des lipomes rétropéritonéaux, non seulement au point de vue anatomique, mais au point de vue clinique et opératoire.

Proust et Trèves(1) admettent comme lipomes rétropéritonéaux :

Un lipome rencontré par Peyrot (2) dans le ligament

» même s'être creusé à l'équateur du néoplasme un sillon dans lequel il cache
» une partie de son calibre. » ROUX, *VII^e Congrès français de Chirurgie*,
Paris, 1893, p. 499.

(1) *Loc. citata*, p. 133 et 133.

(2) PEYROT. — *Bulletin et Mém. Soc. Anat. de Paris*, 5 Mars 1875, p. 178

large. « Il était de la grosseur du poing et avait la forme d'un rein. *Il flottait dans la cavité péritonéale.* » Flotter dans la cavité péritonéale, voilà qui ne ressemble guère aux lipomes rétropéritonéaux !..... ;

Un lipome opéré par Trèves (1), contenu entre les feuillets du ligament large droit ;

Un lipome trouvé par Pollock (2) à l'autopsie dans le tissu du ligament large.

Il est évident que dans tous ces cas il s'agit de lipomes du ligament large. Et ces petites tumeurs facilement énucléables ne rappellent que de bien loin les grosses masses des lipomes rétropéritonéaux dont l'extirpation est souvent si laborieuse et si périlleuse.

Faut-il établir une classification des lipomes rétropéritonéaux ? Certains auteurs (Adami, Proust et Trèves) ont cru pouvoir classer les lipomes en trois groupes : lipomes périrénaux, lipomes mésentériques, lipomes pariétaux simples.

Nous n'admettons pas cette classification. D'après ce que nous venons de dire, le terme de lipomes mésentériques ne doit pas figurer dans cette étude. Il a été employé à tort pour désigner des lipomes rétropéritonéaux présentant des prolongements mésentériques.

Restent les lipomes périrénaux et les lipomes pariétaux simples. *Or, tous les lipomes rétropéritonéaux sont et restent principalement des lipomes pariétaux.*

(1) TRÈVES. — *Trans of the Clinical Society of London*, 1893, p. 101.

(2) POLLOCK. — *The Half-Yearly Abstract of the Medic. Sciences*, 1852, p. 357.

Les lipomes périrénaux sont tout autant que les autres en connexion intime avec la paroi abdominale postérieure sur laquelle ils s'insèrent tous. Enfin, nous nous proposons de montrer plus loin que tous les lipomes rétropéritonéaux sont *péri* ou *juxtarénaux*.

Par conséquent, nous n'admettons pas cette classification et nous ne pensons pas qu'il soit utile d'en établir une quelconque. Sans nous préoccuper plus qu'il n'est utile des rapports des lipomes avec le mésentère, le rein ou tel autre organe abdominal, nous étudierons les lipomes dans leur ensemble, et nous verrons qu'ils présentent tous une même physionomie clinique et qu'ils relèvent tous de la même technique opératoire, du moins dans ses grandes lignes.

ÉTIOLOGIE

On ne sait rien des causes préparatrices, occasionnelles ou déterminantes des lipomes rétropéritonéaux.

En tant que tumeurs, ils subissent les lois du déterminisme générateur des tumeurs en général — lois dont l'essence nous échappe encore. Peut-être cependant est-il permis de penser que ces masses rétropéritonéales, si considérable que soit leur volume, ne sont pas, ou, tout au moins, ne sont pas toutes, des tumeurs vraies, mais plutôt le résultat d'un processus d'inflammation lent et chronique, dont les raisons d'être doivent être dépistées dans chaque cas particulier. C'est là un point sur lequel nous nous proposons de revenir après avoir montré par notre exposé histologique qu'il est des lipomes rétropéritonéaux auxquels ne convient nullement la dénomination de tumeur.

Il est toutefois une condition étiologique qui paraît bien établie : elle se rapporte au *sexe*. *La femme, beaucoup plus souvent que l'homme*, est victime du lipome rétropéritonéal. Des quatre-vingt-huit cas qui font l'objet de notre étude, soixante-deux, soit plus de 70 %, ont été vus chez la femme ; vingt-deux, soit 25 %, chez l'homme ; dans cinq cas, le sexe n'est pas indiqué. Ainsi, dans les trois quarts des cas, c'est la

femme qui est atteinte, sans qu'il semble, d'ailleurs, possible d'expliquer cette prédominance par les divers états de la vie sexuelle. Le lipome se rencontre tout autant chez la femme impubère que chez l'adulte, chez la nullipare que chez la pluripare, avant qu'après la ménopause.

L'âge est donc indifférent — et dans les deux sexes. Il est des lipomes observés dès les premiers mois de la vie : May (Obs. 66) a opéré une enfant d'un an. Il est des lipomes extraits chez des vieillards de 70 ans : Von Eiselberg (Obs. 32). En général, il est impossible de déterminer avec quelque précision l'âge auquel naît un lipome rétropéritonéal. Le malade, inattentif observateur de soi-même ordinairement, et en tout cas inhabile à découvrir une tumeur naissant dans la profondeur du ventre, ignore le moment où commence son mal. Le lipome, indolore à ses débuts, n'occasionnant plus tard que des troubles par compression, ne révèle son existence que lorsqu'il a déjà acquis un volume assez considérable, capable de gêner le fonctionnement des organes abdominaux. Le chirurgien enfin est généralement consulté quand la tumeur a pris des proportions imposantes ; mais nous sommes alors loin du jour de la naissance. Il est donc impossible de savoir à quel moment, et par suite à quel âge de la vie, le lipome commence à se développer.

Quant à noter les âges auxquels les différents porteurs de lipomes ont comparu devant le chirurgien ou se sont résignés à l'opération, nous nous en abstiendrons : ce sont là des circonstances fortuites, variables

avec l'endurance de chaque sujet, et ce ne serait vraiment pas faire œuvre étiologique.

Pour résumer ce chapitre, nous dirons donc que la seule notion étiologique connue, c'est que le lipome rétropéritonéal a été observé beaucoup plus souvent chez la femme que chez l'homme.

ANATOMIE MACROSCOPIQUE

Les lipomes rétropéritonéaux se présentent en général comme des masses énormes qui, à l'ouverture du ventre, paraissent occuper la totalité de l'abdomen. Il n'apparaît d'abord qu'une tumeur gigantesque, recouverte d'un feuillet séreux très mince, s'étendant du diaphragme au bassin, sans qu'on puisse, au premier abord, en deviner le point de départ. On pense tout de suite au kyste de l'ovaire : une ponction est faite et ne donne rien. En y regardant de plus près, on aperçoit un segment intestinal qui traverse en écharpe sa face antérieure, ou qui longe en s'incurvant sur le pôle supérieur : c'est le colon, ascendant ou descendant, dévié et aplati. Si l'on essaye alors de faire le tour de la tumeur avec la main, on note qu'elle ne se continue pas avec le ligament large, ni l'utérus, mais qu'elle repousse et comprime ces organes, on reconnaît l'intestin couché en bordure le long du néoplasme, enfin l'estomac, la rate et le foie appliqués contre le diaphragme lui-même remonté. On sent la paroi abdominale postérieure à laquelle adhère la tumeur et l'on est sûr alors qu'il s'agit d'un lipome rétropéritonéal.

Ainsi se montrent d'ordinaire les lipomes, tumeurs géantes, les plus volumineuses et les plus lourdes que les bras des chirurgiens aient jamais connues. Les

lipomes pesant de 40 à 50 livres sont fréquents : dans le cas de Waldeyer (Obs. 84) 63 livres ; Billroth (Obs. 29) 58 livres ; Terrillon (Obs. 23) 57 livres ; Péan (Obs. 22) 50 livres ; Homans (Obs. 17) 57 livres ; Van der Veer (Obs. 85) 56 livres . Dans l'observation inédite que nous rapportons, la tumeur pesait 52 livres. Très fréquentes aussi les tumeurs de 20 à 40 livres. Quant à celles qui pèsent moins, leur nombre constitue la minorité.

La *forme* des lipomes est variable : exceptionnellement ils présentent une surface régulière et arrondie. Le plus souvent ils sont dissymétriques, de contours irréguliers, et montrent à leur face antérieure une série de masses secondaires qui sont autant de lobes.

La *lobulation* est, du reste, un fait constant du lipome pur. Les lobes sont de volume inégal variant de la grosseur d'un œuf à celle du poing ou d'une tête d'enfant. Ils sont séparés les uns des autres soit par des sillons parfois très profonds, soit par des travées conjonctives lâches qui permettent de les isoler facilement et de pratiquer l'ablation de la tumeur par *délobulation*, si l'on veut bien nous accorder ce néologisme.

Mais la lobulation, toujours nette dans le lipome pur, s'atténue beaucoup dans les lipo-myxomes et finit par disparaître complètement dans certaines formes que l'on a appelées les *lipo-myxomatoses diffuses de l'abdomen*. Ce sont les cas où la néoplasie, développée en nappe derrière le péritoine postérieur, s'infiltré dans tout l'espace rétropéritonéal. Le chirurgien tombe alors dans un tissu mou, sans lobulation par travées

conjonctives, sans capsule de limitation et l'extirpation complète de la masse néoplasique est impossible. Le cas de Lejars (Obs. 54) en est un exemple.

La *consistance* des lipomes rétropéritonéaux n'est pas toujours la même, à cause des tissus différents qui s'y rencontrent et en proportions différentes. Les lipomes purs et les lipo-myxomes ont une consistance semi-molle, élastique. Ils sont pseudo-fluctuants. Ils donnent parfois à la main, à travers la paroi, la même sensation qu'un kyste ovarique (Obs. 1). Les lipomes contenant du tissu fibreux, dense, calcifié ou osseux sont au contraire d'une consistance dure, qui se rapproche de celle du fibrome ou de l'ostéome.

Mêmes variations dans la *couleur* des lipomes. La tranche de coupe présente des parties jaunes (lipomes) ou grisâtres, translucides sur coupes minces (myxomes) ou blanches et d'aspect nacré (fibromes).

Notons enfin que les lipomes sont *peu vascularisés* (nous parlons seulement en ce moment des vaisseaux appréciables sur une coupe macroscopique). Aussi peut-on facilement morceler ces tumeurs sans avoir à poser des pinces hémostatiques.

Un dernier caractère macroscopique important au point de vue opératoire est l'*encapsulement* des lipomes rétropéritonéaux. Sauf dans les cas de lipomyxomatose diffuse, il existe toujours une capsule conjonctive qui enveloppe et limite la tumeur. Cette capsule, analogue aux capsules d'enveloppe du foie et du rein, envoie par sa face profonde des travées conjonctives vers le centre de la tumeur, travées conjonctives dont

nous avons vu plus haut l'importance. Sa face superficielle entre en rapport avec le péritoine postérieur et les différents organes rétropéritonéaux : rein, gros vaisseaux abdominaux, pancréas et foie *in partibus*. C'est au niveau de cette capsule qu'il faut chercher un plan de séparation entre la tumeur et les organes adjacents. Dès que l'on a trouvé ce plan de clivage, l'énucléation est possible et même facile dans la plupart des cas. Cependant, il arrive que, sous des influences diverses et encore mal connues, la capsule adhère à la fois à la tumeur et à l'un des organes voisins. L'extirpation devient ainsi bien moins aisée et nous verrons plus loin qu'il a fallu plus d'une fois enlever le rein avec la tumeur, tant intimes étaient leurs connexions, ou emporter un morceau de la corticalité du foie ou de la rate.

Maintenant que nous avons vu ce qu'est le lipome en soi, nous allons l'étudier dans ses *rapports* avec les différentes parties et les différents organes de l'abdomen.

RAPPORTS DES LIPOMES RÉTROPÉRITONÉAUX :

a) *Avec la paroi abdominale postérieure.* — Les lipomes rétropéritonéaux adhèrent, nous l'avons dit, à la paroi abdominale postérieure. Et cela se conçoit si l'on songe qu'ils naissent dans le tissu graisseux si abondant de l'espace rétropéritonéal, et que, pour s'y développer, ils doivent y trouver un point d'appui solide.

La place exacte qu'ils y occupent est variable. Dans un très grand nombre de cas, ils siègent dans l'une ou l'autre fosse lombaire, se confondent alors avec la capsule adipeuse du rein, ou ils siègent immédiatement au-dessous du rein. Souvent ils prennent possession des deux fosses lombaires à la fois. Plus rarement ils s'installent dans l'une des fosses iliaques et y restent cantonnés. Exceptionnellement ils se rencontrent dans le bassin, s'implantant alors sur le sacrum. Ils sont donc presque toujours périrénaux ou juxtarénaux à leur origine. Puis avec les progrès du développement, le lipome s'approprie tout l'espace rétropéritonéal et son insertion se fait sur toute la paroi abdominale depuis le diaphragme jusqu'au plancher pelvien, (Obs. 1). A n'envisager alors que les connexions postérieures de la tumeur, il serait impossible d'en déterminer le point d'origine. Mais il est d'autres éléments d'appréciation que fournissent les organes abdominaux par leur déplacement même.

b) Avec le péritoine et ses replis. — Le lipome soulève le péritoine pariétal postérieur et l'amène presque au contact du péritoine antérieur. Il lui adhère en général assez peu et il est aisé de séparer la tumeur de la séreuse qui la recouvre.

Le lipome envoie des prolongements dans tous les replis du péritoine postérieur : mésocolons, mésentère, épiploon gastro-hépatique, ligament large.

Le *méso-colon*, ascendant ou descendant, repli très court, est dédoublé et étalé ; il s'ensuit que le colon,

déshabillé de sa vêtue séreuse, repose à nu sur le néoplasme.

Le *mésentère*, repli beaucoup plus étendu, se laisse partiellement pénétrer le plus souvent.

L'*épiploon gastro-hépatique* est rarement envahi (Obs. de Peyrot, n° 38).

Le dédoublement du *ligament large* est de même chose rare.

c) *Avec le colon et ses vaisseaux.* — Le colon est avec le rein l'organe qui a les rapports les plus fréquents et les plus intimes avec les lipomes rétropéritonéaux. Le colon est déplacé et déformé par la tumeur. Le colon ascendant est reporté vers la ligne médiane ou dans le flanc gauche, parfois jusque dans l'hypochondre gauche (Obs. 23, Terrillon). Le colon descendant passe à droite, ou bien, prenant une direction oblique en bas et à droite, croise en écharpe la face antérieure de la tumeur (Obs. 1).

En général, il s'aplatit contre elle et prend l'aspect d'un ruban. Il repose, nous l'avons dit, à nu sur le lipome, son méso ayant été dédoublé jusqu'à disparition complète. Plus rarement, il se creuse un lit dans l'épaisseur de la masse néoplasique, comme dans le cas de Broca (Obs. 4).

L'adhérence du colon à la tumeur est plus ou moins forte : en général, le gros intestin se laisse séparer sans trop de peine de la tumeur, et il est rare que les adhérences du colon ascendant ou descendant aient nécessité la résection. Quand celle-ci a dû être faite, ce fut

presque toujours à cause de la blessure des vaisseaux coliques. Il peut être coudé au niveau de ses angles (Obs. 35).

Le colon transverse a des rapports moins constants avec les lipomes. Mais plus souvent ses connexions très intimes ont entraîné le sacrifice de cette portion du gros intestin.

Les vaisseaux du colon, ascendant, descendant ou transverse, rampent le long de la tumeur, se rendant de la paroi abdominale postérieure au colon situé sur la face antérieure de la tumeur. Ils sont allongés et dilatés. Ils ne constituent pas cependant une difficulté opératoire si l'on prend soin d'inciser le péritoine en dehors du colon, sur le feuillet avasculaire du mésocolon.

L'appendice peut adhérer au lipome (Obs. 20):

d) *Avec l'intestin grêle.* — Les anses grêles sont le plus souvent rejetées à droite ou à gauche de la tumeur et n'adhèrent pas. Rares sont les cas où l'on a signalé des rapports intimes des anses avec le lipome. Josephson (Obs. 46) et Von Eiselberg (Obs. 32) ont noté l'adhérence du grêle. Terrillon (Obs. 23) dut disséquer une longue anse grêle adhérente. Laroyenne (Obs. 50) a vu des anses grêles agglutinées former rideau au-devant de la tumeur. En général, nous le répétons, l'intestin grêle se blottit à côté ou derrière la tumeur et ne lui adhère pas.

e) *Avec le rein, l'uretère et le pédicule rénal.* — Le rein et son pédicule sont très souvent en rapport

intime avec les lipomes, car, nous l'avons déjà dit, les lipomes se développent souvent au niveau de la capsule adipeuse du rein. Le néoplasme peut ainsi faire le tour de l'organe tout comme la capsule aux dépens de laquelle il est né. Un seul rein est en cause, le droit dans la majorité des cas, ou les deux, ce qui est beaucoup plus rare. Au lieu d'être entouré par la tumeur, le rein peut être repoussé, basculé ; son orientation se modifie alors et le bord interne devient supérieur, cas de Chavannaz (Obs. 61).

Le degré d'adhérence du rein à la tumeur est variable. Tantôt on arrive à détacher aisément le rein, tantôt il fait corps si intimement avec le lipome qu'il est enlevé soit de propos délibéré, soit sans le vouloir. Dans ce dernier cas, l'opérateur n'aperçoit le rein qu'en coupant la pièce après l'extirpation. Les reins que l'on a eu l'occasion d'examiner se sont toujours montrés sains.

L'*uretère* peut lui aussi adhérer très solidement à la tumeur. On arrive généralement à l'isoler sans trop de peine. Dans certains cas, il se creuse un canal dans la masse grasseuse et s'y enfouit, ou bien il se laisse déformer et comprimer, entraînant ainsi des troubles de la fonction urinaire.

Le *pédicule rénal* aussi envahi et dissocié par la tumeur et les vaisseaux sont par cela même souvent blessés au cours des extirpations.

La *capsule surrénale* peut être séparée du rein par le lipome : Lotheisen (Obs. 61) et Kolisko (Obs. 28). Elle n'adhère pas à la tumeur.

f) *Avec le foie, la rate, le pancréas, les organes thoraciques.* — L'adhérence au *foie* est notée dans l'observation de Kolisko (Obs. 28), adhérence tellement intime qu'on dut abandonner un morceau de lipome qui tenait fortement au foie. Dans le cas de Latouche (Obs. 62), la capsule hépatique fut déchirée et l'on eut à lutter contre une hémorragie en nappe.

La *rate* présente des rapports analogues : adhérence signalée par Reynolds et Wadsworth (Obs. 78) et Adami (Obs. 53) ; déchirure de la capsule suivie d'hémorragie abondante dans le cas de Kummel (Obs. 24).

Les adhérences *pancréatiques* ont été notées dans plusieurs cas : Billroth (Obs. 29), Alban Doran (Obs. 68), Johnstone (Obs. 75).

Les adhérences à la face inférieure du diaphragme sont très rares. Ce qui se voit plus fréquemment, ce sont les adhérences aux piliers du diaphragme au niveau de leur insertion vertébrale. Dans l'observation de Chavannaz, il est dit que le lipome traversait le diaphragme et présentait un prolongement intrathoracique s'adossant au poumon dont il restait séparé par la plèvre. Un autre prolongement, passant par l'orifice aortique, pénétrait dans le médiastin postérieur.

L'*aorte* et la *veine cave inférieure* ont été souvent dénudées au cours de l'extirpation des lipomes. Bérard et Cavaillon ont même fait une déchirure latérale à l'aorte en opérant.

g) *Avec les organes pelviens et iliaques.* — Les organes pelviens sont comprimés ou repoussés par les lipomes,

mais ils n'adhèrent que rarement. Quant aux vaisseaux de la fosse iliaque et aux nerfs, on a signalé des cas d'englobement et d'adhérence très nette. Proust (Obs. 80) a vu le nerf crural englobé par un lipome de la fosse iliaque. Gerster (Obs. 55) a dû réséquer l'artère fémorale profonde et la veine saphène interne. Mercadé (Obs. 74) a constaté l'adhérence du lipome à l'artère iliaque externe. Dans tous ces cas, il s'agissait de lipomes présentant un prolongement crural à travers l'anneau crural. On voit ainsi que les lipomes présentent parfois des prolongements extra-abdominaux, soit vers le thorax, soit vers le membre inférieur.

Origine des lipomes. — Plusieurs origines ont été données aux lipomes rétropéritonéaux. Belkowsky (1) a voulu les faire naître aux dépens des franges épiploïques. C'est une hypothèse fantaisiste et dont l'auteur ne donne aucune raison valable dans son travail. Hartmann et Lecène, ayant trouvé dans la tumeur qu'ils ont observée (Obs. 87) des canaux épithéliaux tapissés d'un épithélium cubique, en ont rapporté l'origine aux débris persistants du corps de Wolf. Bérard et Cavaillon ont de même attribué au corps de Wolf le rôle de *primum movens* dans la genèse des lipomes rétropéritonéaux. Huwe (Obs. 88) a constaté la présence de tissu musculaire strié dans le cas qu'il a publié et il a supposé « que la tumeur serait née aux dépens du rein embryonnaire dont tous les éléments constitutifs se seraient ensuite peu à peu résorbés pour

(1) BELKOWSKI. — *Revue méd. de la Suisse romande*, 1893, t. XIII, p. 431.

ne laisser subsister que le tissu musculaire lisse et le tissu graisseux : de ceux-ci se seraient formés par métaplasie les formes abortives des éléments striés **transversalement** ».

Pour notre part, nous pensons que les lipomes naissent du tissu graisseux de l'espace rétropéritonéal — le plus souvent de la capsule adipeuse du rein — et que ce tissu rétropéritonéal entre en prolifération sous l'influence d'une cause inflammatoire. Il s'agirait ainsi non pas de tumeurs mais de produits d'inflammation chronique. Nous développerons plus loin cette idée.

ANATOMIE MICROSCOPIQUE

Les lipomes rétropéritonéaux ne sont que rarement des lipomes vrais. Dans la majorité des cas, il y a association, en proportions diverses — presque toujours avec prédominance lipomateuse — du tissu adipeux avec du tissu muqueux ou fibreux, où osseux ou cartilagineux. Il y a même association du tissu adipeux avec le tissu embryonnaire qui constitue le sarcome. Mais nous avons rejeté de notre étude tous les cas où l'examen histologique avait démontré du sarcome, non pas à cause de la différence anatomique entre le lipome et le sarcome qui, pour nous, est peu de chose, mais à cause de la grande différence clinique qui existe entre un lipome, tumeur bénigne et un sarcome, tumeur maligne. Toutefois, il nous a paru intéressant de rapporter à la suite des observations de lipomes — simples ou complexes — six observations dans lesquelles, au milieu d'une masse énorme de lipome ou de lipo-myxome, on avait trouvé par places quelques îlots de tissu sarcomateux. Nous considérons que ces cas, aussi bien au point de vue anatomique qu'au point de vue clinique, font le passage entre les tumeurs bénignes et les tumeurs malignes. Nous les avons appelées *formes de passage*. Nous avons donc ainsi deux

groupes d'observations : dans un premier groupe de quatre-vingt-deux observations, nous étudions les cas où l'examen histologique n'a pas révélé le moindre amas sarcomateux ; dans un deuxième groupe de six observations, nous étudions les cas où quelques masses sarcomateuses se noient au sein d'une abondante lipomyxatose.

Les observations du premier groupe se décomposent comme suit :

Lipomes purs	15
Lipo-fibromes	12
Lipo-myxomes.	12
Lipo-myxo-fibromés	4
Lipomes avec association de tissu osseux, cartilagineux, muqueux, etc.	5
Lipomes en partie calcifiés.	4

Dans tous les autres cas, la nature histologique de la tumeur n'est pas précisée.

Nous ferons tout d'abord remarquer que tous les tissus qui forment ces tumeurs complexes sont tous des tissus du type conjonctif, et que tous les tissus du type conjonctif, à l'exception de deux d'entre eux — tissu musculaire lisse et tissu endothélial de recouvrement des séreuses ou de tapissement des vaisseaux — s'entremêlent pour contribuer à la genèse de ces masses rétropéritonéales. Il est donc à peine utile de définir

histologiquement ces tumeurs. Comme pour tout tissu conjonctif, on y trouve trois choses dans chaque cas :

1^o Une substance fondamentale ;

2^o Des cellules fixes spécialisées, et dont la spécialisation même constitue les différentes variétés de tissu conjonctif. C'est ainsi qu'on a des *adipoplastes* pour les lipomes, des *fibroplast*es pour les fibromes, des *ostéoplastes* et des *chondroplast*es pour les ostéomes et les chondromes ;

3^o Des produits d'élaboration cellulaire qui se disposent en général en faisceaux fibrillaires plus ou moins abondants.

Nous laissons un instant de côté le myxome et le sarcome pour nous occuper seulement des tumeurs à type de lipome, fibrome, ostéome et chondrome. Ces dernières tumeurs ne sont que la reproduction du tissu adipeux normal, du tissu fibreux normal, du tissu cartilagineux et osseux normal.

Le *lipome pur* est caractérisé par les *adipoplastes*, cellules le plus souvent arrondies, les unes petites, le plus grand nombre grosses ou même énormes, surchargées de réserves graisseuses emmagasinées, avec un petit noyau relégué à la périphérie de la cellule. Ils sont séparés les uns des autres par un réseau de fibrilles conjonctives délicates et une substance interstitielle peu abondante.

Le *fibro-lipome* se caractérise par la prolifération conjonctive plus abondante. La trame de la tumeur est un tissu de faisceaux serrés dans les mailles duquel

se trouvent de grosses masses de tissu adipeux lâche.

Enfin, on a trouvé parfois du tissu osseux ou du tissu cartilagineux au sein des lipomes formant ainsi des *lipomyxochondromes* ou des *lipomyxofibro-ostéomes*.

Arrivons maintenant au myxome et au sarcome.

Jusqu'ici, toutes les tumeurs que nous avons étudiées dérivent de variétés de tissus conjonctifs *adultes*. Il n'en est plus de même du *sarcome* et du *myxome* : le sarcome dérive du tissu conjonctif embryonnaire et le myxome d'un tissu qui est l'intermédiaire entre le tissu conjonctif embryonnaire et le tissu conjonctif adulte. Expliquons-nous.

Le *tissu conjonctif embryonnaire*, tissu indifférent, en ce sens qu'il peut donner naissance indifféremment à l'une quelconque des variétés de tissu conjonctif adulte, est le père de tous les tissus conjonctifs adultes, c'est-à-dire que tous dérivent de lui. Il est formé de *plasmodes* et de *cellules embryonnaires* conjuguées en un réseau continu (*syncytium*). Les plasmodes sont des masses protoplasmiques multinucléées (1). Les cellules embryonnaires se caractérisent par la prédominance de la masse du noyau sur celle du protoplasma ; par l'état indifférencié du protoplasma ; par l'absence

(1) « Dominici appelle *plasmodes*, par opposition à *syncytiums*, des formations constituées par une masse de protoplasme parsemée de noyaux. Les plasmodes représentent des cellules agrégées en une masse commune où disparaît toute différenciation morphologique en cellules individualisées. Les *syncytiums* sont, eux aussi, des formations constituées par une masse de protoplasme parsemée de noyaux représentant la fusion de plusieurs cellules en une formation commune. Mais ici la masse protoplasmique commune est pour ainsi dire découpée en segments dont chacun correspond à une cellule. »
RUBENS-DUVAL, *Cytologie des inflammations cutanées*, Thèse de Paris, 1908.

de produit d'élaboration intracellulaire différencié (graisse, etc.). Enfin, la disposition en réseau continu achève de caractériser le tissu conjonctif embryonnaire. Les sarcomes sont des tumeurs conjonctives à type embryonnaire.

Si nous étudions maintenant le tissu d'un *myxome*, nous voyons que les cellules plasmodiales ont disparu, que les cellules embryonnaires sont devenues fusiformes ou étoilées. Elles sont toujours anastomosées entre elles, mais par des prolongements très grêles, et la distance qui les sépare est plus grande. Enfin, on trouve une substance fondamentale dite mucus. En un mot, disparition du syncytium. C'est à ce tissu intermédiaire entre le tissu conjonctif embryonnaire et le tissu conjonctif adulte qu'on donne le nom de tissu muqueux. Les tumeurs qui en dérivent sont les myxomes. Le tissu muqueux s'allie en proportions diverses avec le tissu adipeux et le tissu fibreux pour donner les lipo-mixomes et les lipo-fibro-myxomes.

On a beaucoup discuté pour savoir quel était dans les lipo-myxomes le premier tissu qui commençait à proliférer. Waldéyer pense que le tissu adipeux dérive par métaplasie du tissu myxomateux. C'est aussi l'avis de Salzer qui qualifie la tumeur qu'il a observée de myxome lipomateux. D'autres auteurs, au contraire, se basant sur l'existence dans l'espace rétropéritonéal de tissu adipeux et l'absence de tissu muqueux, croient que la métaplasie se fait en sens inverse, du tissu adipeux vers le muqueux.

Pour notre part, nous ne pensons pas qu'il soit pos-

sible d'établir une règle à cet égard. Nous savons, en effet — c'est une chose aujourd'hui admise — que les différents tissus conjonctifs, aussi bien adultes qu'embryonnaires, peuvent se transformer les uns dans les autres. Le tissu adipeux peut se transformer en muqueux ou en fibreux ou en sarcomateux et inversement. Par conséquent, il est très possible que la prolifération cellulaire dans l'espace rétropéritonéal commence par le myxome et se poursuive ensuite en lipome ou parallèlement en lipo-myxome. Tirer argument de ce qu'il y a là normalement du tissu adipeux et pas de tissu muqueux..... mais alors, toutes les tumeurs de l'espace rétropéritonéal devraient être primitivement des lipomes ; or, il existe des sarcomes purs.

Pour en finir avec l'étude histologique des lipomes, nous dirons que les éléments jusqu'ici étudiés ne sont pas les seuls qu'on rencontre dans ces tumeurs. Il n'y a pas que des cellules fixes à types divers du tissu conjonctif, il y a aussi des *cellules migratrices*. Il suffit de lire la note histologique de l'observation inédite que nous rapportons (Obs. 1) pour voir que l'on trouve parfois des mononucléaires de différentes tailles, surtout des lymphocytes, des élasmatocytes, des mastzellen. Par contre, on ne rencontre ni polynucléaires éosinophiles ni polynucléaires neutrophiles.

Notons encore des lésions vasculaires bien mises en lumière dans l'Observation 1 : tuméfaction de l'endothélium vasculaire, ébauche de vascularite oblitérante, infiltration leucocytaire périvasculaire.

Enfin, dans les interstices de tissu conjonctif on

trouve (Obs. 1) de la fibrine précipitée à la fois sous forme de grains très fins et de filaments d'épaisseur variable.

Ces différents caractères vont nous permettre de dire maintenant ce que nous pensons de la nature des lipomes rétropéritonéaux.

LES LIPOMES RÉTROPÉRITONÉAUX SONT-ILS DES TUMEURS ?

Les lipomes rétropéritonéaux sont-ils des tumeurs au sens histologique du mot ? ou bien ne sont-ils pas plutôt le résultat d'un processus inflammatoire chronique ?

Ici deux définitions s'imposent : qu'est-ce qu'une tumeur ? qu'est-ce qu'un processus inflammatoire chronique ? Par quoi se caractérisent-ils l'un et l'autre ?

Classiquement, une tumeur est chose absolument opposée à un processus inflammatoire. La tumeur, en effet, n'est pas seulement une néoformation, parce qu'une néoformation peut être produite par une inflammation. Il faut encore, pour caractériser une tumeur, que la néoformation ne présente pas de caractères inflammatoires. Cette définition est excellemment exposée et expliquée par Quénu (1) dans le *Traité de Chirurgie* : « On est convenu d'attacher au terme de tumeur une signification spéciale, celle d'une production de tissu nouveau, d'une néoformation. Une tumeur est donc une néoformation, un néoplasme. La définition reste toutefois incomplète, elle englobe, en effet, tous les produits inflammatoires tels que les bourgeons charnus, les néomembranes, les fongosités, etc., dont

(1) QUÉNU. — *In Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus*, t. I, p. 325, 2^e édition.

l'évolution est bien différente : *toute tumeur tend à persister et à s'accroître*, tandis que les produits inflammatoires ou s'organisent en reproduisant le tissu même où ils sont nés ou disparaissent peu à peu par suppuration, par état caséeux. Nous définirons donc les tumeurs des *néoformations distinctes d'un processus inflammatoire.* »

De cette définition nous voulons retenir deux choses. La première, c'est que la néoformation cellulaire est un phénomène nullement caractéristique du processus tumoral, puisqu'il peut se rencontrer dans le processus inflammatoire ; ce qui est l'essence même de la tumeur, c'est l'absence de produit inflammatoire. Autrement dit, il existe des *néoplasies inflammatoires* et des *néoplasies non inflammatoires*, ces dernières prenant le nom de tumeur. Le point qui nous occupe est justement de rechercher si les lipomes rétropéritonéaux sont des néoplasies simples, non inflammatoires ou des néoplasies inflammatoires.

La seconde chose que nous retenons de la définition de Quénu, c'est la tendance à persister et à s'accroître donnée comme caractère propre aux tumeurs. Disons tout de suite que ce critérium n'est pas absolu, tout au moins en ce qui concerne l'accroissement. Il est des tumeurs qui ne présentent pas cette tendance à l'accroissement : squirrhe atrophique de la mamelle, certains fibromes après la ménopause. Il est d'autre part des produits admis par tous comme inflammatoires, à évolution chronique, qui montrent cette tendance à la persistance et à l'accroissement : éléphantiasis des

Arabes. La persistance et l'accroissement ne peuvent donc servir à caractériser les tumeurs par opposition aux néoplasies inflammatoires.

En résumé, ni la persistance, ni l'accroissement, ni même la néoformation cellulaire ne sont la marque distinctive des tumeurs, puisque tous ces caractères peuvent se retrouver dans les produits inflammatoires. On est réduit à définir les tumeurs : 1^o par un caractère négatif : absence d'inflammation ; 2^o par un caractère non spécifique : la néoplasie. C'est avouer que la définition histologique des tumeurs n'existe pas, car définir une chose, c'est en donner les caractères spéciaux. Les tumeurs n'en-ont pas.

Voyons maintenant ce qu'est le processus d'inflammation chronique. Nous en emprunterons la définition à Dominici (1), dont on sait la compétence en matière histologique : « L'inflammation chronique se caractérise comme l'inflammation aiguë par des *troubles circulatoires et des réactions néoplasiques*. Mais ces troubles circulatoires et ces réactions néoplasiques présentent alors certains caractères spéciaux. En ce qui concerne les *troubles circulatoires* : congestion moins marquée dans l'inflammation chronique que dans l'aiguë ; diapédèse différente — les leucocytes extravasés étant, en grande partie tout au moins, des éosinophiles et des mastzellen auxquels se joignent des plasmazellen, alors que dans l'inflammation aiguë on trouve surtout des polynucléaires et des mononucléaires ordinaires.

(1) Communication orale.

Les *processus néoplasiques* sont beaucoup plus complexes dans l'inflammation chronique que dans l'inflammation aiguë. Dans celle-ci, la néoplasie conjonctive inflammatoire est caractérisée surtout par la métamorphose du tissu conjonctivo-vasculaire adulte en un tissu conjonctivo-vasculaire du type para-embryonnaire. Dans l'inflammation chronique, cette néoplasie para-embryonnaire peut exister, mais elle s'accompagne en tous cas d'autres néoplasies qui sont sa marque distinctive :

1^o Néoplasie lymphoïde : petits îlots de tissu lymphoïde ;

2^o Néoplasie épithélioïde ;

3^o Sclérose.

La sclérose porte à la fois sur les éléments intervasculaires du tissu conjonctif et sur les parois mêmes des vaisseaux péri et endo-vascularite fibreuse.

La sclérose est, pour ainsi dire, la signature de l'inflammation chronique. Elle est la contrepartie de la métaplasie embryonnaire qui est si développée dans l'inflammation aiguë, puisqu'elle consiste dans la production d'un tissu conjonctif adulte. C'est pourquoi la sclérose exclue, en proportion de son développement, les phénomènes diapédétiques. »

De ces trois sortes de néoplasies, lymphoïde, épithélioïde et scléreuse, qui caractérisent l'inflammation chronique, deux seulement sont constantes. La néoformation épithélioïde, dont la tuberculose nous offre l'exemple le plus typique, peut ne pas exister. Par

contre, dans tout processus inflammatoire chronique, on trouve toujours sclérose et réaction lymphoïde, celle-ci parfois très atténuée, mais toujours réelle (Dominici).

Voici donc définie l'inflammation chronique. Revenons au lipome rétropéritonéal et voyons ce que l'on trouve à l'examen histologique. Dans le cas que nous publions (Obs. 1), l'examen a démontré, nous l'avons vu, non seulement une néoformation de tissu conjonctif de type adipeux et de type muqueux, mais encore : des cellules migratrices extravasées — lymphocytes, clasmatoctes, mastzellen — qui ne se rencontrent pas dans les tumeurs, mais qui, par contre, sont habituelles dans les inflammations chroniques ; de l'endovascularite et de l'infiltration leucocytaire périvasculaire, caractères du processus inflammatoire également.

Nous n'hésitons pas à conclure que, pour notre cas tout au moins, il ne s'agit pas d'une tumeur, mais d'un produit d'inflammation chronique. Nous nous demandons si dans beaucoup de cas, peut-être dans tous, un examen approfondi des lésions, avec les procédés d'investigation histologique actuels, on n'arriverait pas à établir de même la nature inflammatoire des lipomes rétropéritonéaux. Nous avons cherché à retrouver, parmi les observations publiées, si les mêmes constatations avaient été faites ; nous ne les avons pas vues consignées. Mais nous sommes persuadé que dans l'avenir des observations semblables à la nôtre seront produites.

Le groupe des tumeurs a formé de tout temps un

groupe d'attente dans lequel on a logé pêle-mêle toutes les néoplasies dont on ignorait la cause. Nommer une lésion tumeur, c'est simplement cacher notre ignorance derrière un mot. Aussi le groupe des tumeurs fut-il toujours voué aux amputations successives à mesure que les lésions furent mieux étudiées et mieux connues. Sans remonter à l'époque déjà lointaine où l'on rangeait parmi les tumeurs toutes les tuméfactions, de quelque nature qu'elles fussent, même les mamelles gonflées de lait, nous avons vu plus près de nous disparaître du cadre des tumeurs les lésions tuberculeuses, les lésions morveuses et les syphilitiques. L'actinomyose, longtemps considérée comme un sarcome, puisqu'elle en présentait les caractères histologiques, a dû passer dans le camp des inflammations chroniques le jour où l'agent pathogène a été révélé. Les lésions dites tumeurs épithéliales ne sont pas à l'abri de ces surprises. Albarran et Bernard ont trouvé dans la vessie une tumeur qui présentait les caractères de l'épithéliome, mais qui était causée, en réalité, par des œufs de *Bilharzia hæmatobia*.

Ces différents exemples nous montrent que la structure histologique importe peu pour classer une lésion dans le groupe des tumeurs ou dans celui des inflammations. Ce qui importe, c'est la notion étiologique. Mais là encore, mêmes embarras en ce qui concerne les tumeurs. Nous ignorons leur cause, nous ne savons pas si elles sont produites par des agents parasitaires ou si elles sont dues à des « aberrations de développement », selon l'expression de Conheim. Bien plus,

chaque fois que la cause d'une lésion classée tumeur est découverte, celle-ci cesse d'être tumeur pour devenir inflammation, puisque l'inflammation se définit étiologiquement : « l'ensemble des phénomènes réactionnels se produisant aux points irrités par un agent pathogène (1) », que cet agent soit parasitaire, physique, chimique ou mécanique.

Les tumeurs, elles, n'ont pas de définition étiologique, pas plus qu'elles n'ont de définition histologique. C'est un groupement inconsistant, artificiel, et irréel, appelé à disparaître.

Nous ne nous arrêterons pas à démontrer, comme il serait facile de le faire, que les tumeurs n'ont pas non plus de caractères propres et constants au point de vue clinique, et que là encore aucune définition n'est possible. L'envahissement ganglionnaire, la généralisation par métastase ne sont pas des caractères constants, puisque les tumeurs bénignes ne les présentent pas.

En résumé, nous ne savons pas à quoi correspond le terme de tumeur et nous ne nous en servons dans ce travail que dans le même sens vague et indéfini que celui accordé par exemple au mot masse. Par contre, nous savons ce qu'est une inflammation chronique et nous dénommerons la pièce anatomique qui fait l'objet de ce travail (Obs. 1), *produit d'inflammation chronique*.

Quant à savoir quel est le point de départ de cette inflammation — tube digestif, organes génitaux, rein ?

(1) RECLUS. — *In Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus*, t. I, p. 1, 2^e édit.

— par quelle voie — veineuse ou lymphatique — elle se fait ? Nous n'en savons rien. Nous n'avons rien trouvé dans les antécédents de notre malade qui puisse nous permettre de nous prononcer là-dessus. Du reste, comme il s'agit d'un processus essentiellement long, avec des réactions inflammatoires peu marquées, quoique réelles, il est possible que la cause irritative ait été légère et éphémère. Ce qu'il y a de certain, c'est que notre pièce présente des caractères indiscutables d'inflammation chronique et qu'elle ne saurait prendre le nom de tumeur.

ÉTUDE CLINIQUE

Symptomatologie. — Les lipomes rétropéritonéaux sont essentiellement des tumeurs à développement lent. Le début en est silencieux, l'évolution indolente et le patient ne soupçonne son mal que lorsqu'il est déjà bien développé.

Des douleurs dans le ventre, ou, le plus souvent, l'augmentation du volume de l'abdomen, sont en général les symptômes qui font consulter le chirurgien.

Suivant qu'il s'agit d'un lipome de volume moyen limité à la fosse lombaire, ou d'un lipome géant, occupant tout l'abdomen, l'examen physique donne des résultats différents.

1^o *Lipome de volume moyen.* — Prenons pour type un lipome périrénal. La simple inspection de l'abdomen ne donne rien : parfois une légère voussure du côté malade. Mais la palpation révèle de suite le néoplasme, surtout la palpation bimanuelle avec une main sous la paroi lombaire et l'autre sur la paroi abdominale, en procédant comme pour interroger le rein. On sent alors une tumeur de consistance rénitente, irrégulière de surface, et qui fait penser de suite à une tumeur rénale. La tumeur prend le *contact lombaire*.

La percussion montre la matité de cette masse, mais, — et ceci est un symptôme capital — avec une *bande étroite de sonorité* qui correspond au colon. Il faut rechercher avec soin cette sonorité colique qui, à elle

seule, permet d'affirmer la situation rétropéritonéale du néoplasme. Il est bon, à cet effet, de pratiquer l'insufflation du colon par le rectum. Ce procédé, que nous avons vu souvent employé dans le service de notre maître, le professeur Hartmann, rend de grands services en obligeant le colon à se distendre et à révéler ainsi sa présence en avant du lipome.

Nous savons dès lors qu'il s'agit d'une tumeur rénale ou périrénale. Il ne reste plus qu'à interroger le malade sur son passé urinaire et à pratiquer l'examen séparé des urines de chaque rein pour connaître que les reins sont sains et qu'il s'agit d'un néoplasme périrénal.

2^o *Lipomes géants*. — Les lipomes géants ont une symptomatologie toute différente. Le malade se présente avec un *abdomen considérablement distendu* qui fait penser de suite à un kyste de l'ovaire ou à une grosse ascite. La circonférence du ventre à l'ombilic dépasse souvent un mètre :

Wigglesworth	108 centimètres
Schiller	110 —
Pernice	117 —
Bérard et Cavaillon.	117 —
Demoulin (Obs. 1)	118 —
Pick	120 —
Homans.	123 —
Billroth.	126 —
Terrillon	126 —
Lockwood.	130 —

Comme le fait remarquer Proust, ces dimensions paraissent encore plus excessives chez les enfants, proportions gardées. Dans le cas de Neumann, 63 centimètres chez un enfant de trois ans ; dans le cas de Dalziel, 63 centimètres chez un enfant de huit ans.

En examinant la paroi, on constate en plus, mais d'une façon inconstante, de la circulation collatérale, de l'œdème, des vergetures.

La palpation bimanuelle — une main de chaque côté de la ligne médiane — donne une sensation de *pseudo-fluctuation* ou même de *fluctuation très nette*, comme dans le plus franc kyste de l'ovaire, ainsi que nous l'avons nous-même constaté à l'examen de notre malade (Obs. 1).

Tout l'abdomen est *mat*, et dans toutes les positions. Cependant, en recherchant la *sonorité colique* par l'insufflation, comme nous l'avons déjà dit, on doit la retrouver au-devant de la tumeur, puisque presque toujours le colon traverse la face antérieure du lipome. On sent, ici encore, l'importance de cette sonorité colique qui ne doit pas exister dans l'ascite ni dans les kystes de l'ovaire.

Enfin, le toucher vaginal permettra de constater que la tumeur n'est pas en continuité avec l'utérus ni les annexes. Pourtant, plus d'une fois, on ne trouvera rien de net : on sentira le col utérin et il ne sera pas possible de mobiliser l'utérus comprimé par le lipome plongeant dans le bassin.

Les *troubles fonctionnels* des lipomes sont d'origine mécanique : *douleurs* par compression nerveuse, par-

fois assez marquées lorsqu'il y a englobement d'un nerf par la tumeur — cas de Proust — ; *troubles circulatoires* : œdème des membres inférieurs, œdème de la paroi et circulation collatérale déjà signalés ; *troubles respiratoires* : dyspnée pouvant aller jusqu'à l'asphyxie — cas de Cooper-Forster. — On a de plus signalé dans de rares observations de la difficulté à avaler ; nous avons noté chez notre malade de la difficulté de la défécation. Enfin, la dysurie est notée dans plusieurs cas — sans modifications des caractères physiques ou chimiques des urines. Les reins sont sains.

Les malades porteurs de ces énormes tumeurs sont ordinairement dans un piteux *état général*. L'amaigrissement, la perte des forces, l'adynamie, la dyspnée croissante se développent. Ils ont parfois des poussées fébriles — cas d'Hartmann et Lecène. — Ils prennent cet aspect épuisé que l'on a décrit sous le nom de facies ovarien, et meurent dans la cachexie complète.

Pronostic. — Les lipomes rétropéritonéaux, bien qu'étant des tumeurs bénignes, sont d'un pronostic grave, parce qu'ils ont une marche continue et progressive. Parfaitement curables dans leur début, ils deviennent très difficiles à extirper dès qu'ils ont acquis un grand développement. L'opération se fait alors sur des sujets peu capables de la supporter, et que l'on doit cependant opérer, car il n'est pour eux d'autre salut possible.

Une chose qui doit encore faire réserver le pronostic, c'est la possibilité d'une *récidive*. La récidive, consé-

quence d'une extirpation incomplète, a été en effet, plusieurs fois constatée.

Enfin, notons la possibilité d'une *transformation maligne* du lipome. Gerster opère un malade d'un lipome rétropéritonéal avec prolongement crural; quelque temps après, le malade meurt d'un sarcome du bassin, vraisemblablement développé aux dépens des lobules de la tumeur primitive incomplètement extirpée et ayant subi la transformation maligne.

Diagnostic. — Le diagnostic se présente dans deux conditions différentes, et nous garderons ici la division que nous avons adoptée pour l'étude symptomatologique.

1^o *Lipomes de volume moyen.* — Ils se reconnaissent par la palpation que montrent le *contact lombaire* et la percussion qui révèle la *sonorité colique* en avant de la masse. Une telle tumeur ne peut être une tumeur épiploïque, intestinale, splénique ou hépatique : c'est une tumeur rénale ou périrénale. L'examen séparé des urines de chaque rein montre l'intégrité des deux glandes et le diagnostic de tumeur périrénale présente alors de grandes vraisemblances.

2^o *Lipomes géants.* — Ils ont presque toujours été confondus avec des *kystes de l'ovaire* et la différence est vraiment difficile à faire. Elle était impossible pour la malade qui fait l'objet de l'observation 1. Ce qui pourrait permettre la distinction, c'est l'indépendance de la tumeur et des organes génitaux, mais le plus

souvent, ces énormes lipomes plongent dans le petit bassin, compriment et immobilisent l'utérus que le doigt ne peut plus soulever.

Nous laissons de côté les cas, exceptionnels d'ailleurs, où un fibrome de l'utérus vient encore embrouiller le diagnostic.

L'*ascite* peut aussi simuler le lipome rétropéritonéal et la ressemblance était très grande dans un cas de fibro-myxome que rapporte Morton (1).

Le *kyste hydatique du foie* est rarement confondu avec ces lipomes géants descendant jusqu'au pubis.

Quant aux *kystes* ou aux *lipomes du mésentère*, leur petit volume et leur mobilité transversale ne permettent pas l'erreur.

Certains auteurs ont pratiqué la ponction de la tumeur. Nous déconseillons absolument ce procédé aveugle, auquel nous préférons de beaucoup la laparotomie exploratrice.

1 (1) MORTON (*loc. cit.*).

TRAITEMENT

Le seul traitement des lipomes rétropéritonéaux, tumeurs à développement progressivement et indéfiniment croissant, est l'extirpation chirurgicale. Mais cette extirpation, comme toute intervention opératoire, comporte une contre-indication : la faiblesse trop grande du malade. Nombreux, hélas ! sont ceux qui arrivent devant le chirurgien en état de cachexie lamentable, amaigris au possible, dyspnéiques, les membres inférieurs œdématisés et capables à peine de se tenir debout. Dans ces cas, aucune intervention ne doit être tentée, et ceux qui ont voulu agir quand même ont souvent vu leur malade mourir sur la table d'opération (Homans) ou peu après l'opération sans avoir repris connaissance (Rosmanit-Kolisko).

Il est donc superflu d'insister sur la nécessité d'un diagnostic précoce, et de ses avantages : avantages pour le patient qui se présente en bonnes conditions, avantages pour le chirurgien qui enlèvera sans peine une petite tumeur au lieu d'avoir à s'attaquer à ces énormes masses qui remplissent tout l'abdomen, adhérent aux viscères et qu'il faut parfois poursuivre jusque dans la cuisse ou jusque dans le médiastin. Mieux vaut encore, à notre avis, l'intervention ultra-

précoce, « sans même attendre la maturité du diagnostic de la tumeur (1) ».

Donc, *tout lipome rétropéritonéal diagnostiqué ou seulement soupçonné chez un sujet en bon état général doit être opéré à bref délai.*

Les voies d'accès. — Il y a deux voies d'accès : la voie antérieure transpéritonéale et la voie postérieure ou lombaire.

La voie postérieure a été employée plusieurs fois pour des lipomes périrénaux, soit que l'on eût diagnostiqué une tumeur rénale, soit qu'ayant porté un diagnostic juste, on ait adopté cette voie comme la meilleure. May et Neumann l'ont utilisée (Obs. 66 et 77).

A priori, il semble que ce soit une bonne méthode et qu'on la doive conseiller. Quoi de plus naturel et de plus logique que de découvrir et d'extirper une tumeur périrénale par la même incision qui sert chaque jour à la découverte et à l'extirpation du rein.

En réalité, elle n'est possible que pour les lipomes de petit volume. C'est dire que ses indications sont extrêmement restreintes, car les lipomes rétropéritonéaux sont presque toujours d'énormes tumeurs. Et même la plupart du temps, le néoplasme est beaucoup plus étendu qu'on ne l'avait soupçonné. Comment alors le poursuivre jusqu'en ses derniers retranchements ? Comment en extirper les prolongements pelviens ou un lobe secondaire logé dans la fosse lombaire opposée ? Manœuvres aveugles au cours desquelles on risque de

(1) ROUX (*loc. cit.*).

blessier les organes adhérents à la tumeur. L'observation de Neumann est la démonstration de ce que nous venons de dire. Neumann (Obs. 17) fait d'abord une laparotomie médiane et tombe sur une *vaste* tumeur rétropéritonéale. Il referme la plaie abdominale et pratique l'incision lombaire. Mais au cours de l'opération, il déchire le péritoine sur la largeur d'une paume de main et coupe tous les vaisseaux du colon descendant : d'où la nécessité d'une résection colique avec anastomose du colon transverse au colon iliaque, extrapéritonisation de l'anastomose et fistule stercorale consécutive (1). Il n'est pas douteux que si l'opération avait été continuée et terminée par la voie antérieure, on aurait pu mieux voir et épargner les vaisseaux coliques. Pour toutes ces raisons, nous déconseillons la voie postérieure.

La *voie antérieure* est la voie généralement employée et la seule bonne, à notre avis. Quelques chirurgiens ont fait l'incision latérale, le long du bord externe du muscle droit (Ahern, Lauwers) ou l'incision de la ligature de l'iliaque primitive (Gerster). La grande majorité usent de l'incision médiane et nous la croyons meilleure, parce qu'elle ouvre un jour complet sur l'abdomen. On la fera aussi longue que ce sera utile ; plus d'une fois on a dû l'étendre du pubis à l'appendice xyphoïde (Latouche, Obs. 62).

Examen de la tumeur. — Une fois le ventre ouvert, on voit la tumeur soulevant le péritoine postérieur et

(1) Cette fistule stercorale n'est pas notée dans l'observation de Neumann, mais elle est rapportée dans le travail récent de Woekler (*loc. cit.*).

refoulant à droite ou à gauche le colon aplati. Et c'est tout ce que l'on voit d'abord. Il faut alors examiner la masse, glisser la main le long de ses faces latérales pour sentir l'intestin grêle presque toujours sans rapports intimes avec le néoplasme, s'assurer de la présence ou de l'absence de connexions pelviennes, hépatiques, spléniques, stomacales. *Cet examen n'est pas du temps perdu. Il est indispensable.* C'est seulement après l'avoir fait que l'on peut se décider à l'extirpation.

Incision du péritoine postérieur. — Pour ce faire, on incise d'abord le péritoine postérieur, le feuillet séreux de recouvrement de la tumeur. Le lieu de l'incision n'est pas indifférent : *le péritoine doit être incisé le long du bord externe du colon, à 2 ou 3 centimètres de ce bord externe.* Toute incision faite en dedans du colon est mauvaise. Elle entraîne forcément la ligature des vaisseaux nourriciers du colon et le sphacèle consécutif de tout le segment non irrigué ou l'obligation de la résection du colon séance tenante. Les cas abondent où la faute a été commise et plus d'une fois elle a coûté la vie à l'opéré.

Nous avons déjà cité le cas de Neumann, qui dut réséquer tout le colon descendant dont les vaisseaux avaient été coupés, avec fistulation consécutive.

Un opéré de Péan (Obs. 10) meurt au dixième jour avec les signes d'un « empoisonnement cholériforme » qui est très vraisemblablement l'expression d'une gangrène du colon. Dans l'observation, en effet, on

parle de nombreux vaisseaux que l'on a trouvés et liés au-devant de la tumeur, et qui ne peuvent être que les vaisseaux coliques.

L'opéré de Bruntzel (Obs. 15) présente une fistule stercorale qui persiste encore cinq mois après l'opération. Il y avait eu section à l'aveugle après ligature d'un pédicule vasculaire probablement colique. A l'autopsie d'un opéré d'Homans (Obs. 17), le colon ascendant est trouvé, privé de son méso, et flottant comme une corde dans l'abdomen. L'opéré de Terrillon (Obs. 23) meurt après avoir présenté de la diarrhée fétide. A l'opération, on avait vu au-devant de la tumeur un feuillet du mésentère avec de gros vaisseaux et l'on avait incisé ce feuillet. Or, il n'y a pas de doute à ce sujet : qu'il s'agisse du mésentère ou du mésocolon, la disposition des vaisseaux par rapport à la tumeur est la même. Les vaisseaux nourriciers de l'intestin grêle ou du gros intestin, pour se rendre des artères mésentériques, nées au fond de l'abdomen, à l'intestin situé sur la face antérieure de la tumeur, longe l'une des faces, droite ou gauche, du lipome, mais *ils ne longent qu'une seule face*. De sorte qu'il y a toujours l'un des deux feuillets du mésocolon ou du mésentère dédoublé par la tumeur qui est avasculaire. *C'est ce feuillet avasculaire qu'il faut inciser*. Parfois, c'est le feuillet vasculaire qui se présente au bistouri, mais il suffit d'un examen un peu attentif pour se rendre compte de la disposition des deux feuillets et pour trouver le bon. C'est pourquoi, nous le répétons, l'examen de la tumeur et de ses rapports avant toute

tentative d'extirpation est chose capitale : nous le considérons comme un *temps* important de l'intervention.

Extirpation. — Trois procédés ont été employés par les opérateurs pour l'extirpation.

1^o *Extirpation par énucléation.* — L'extirpation par énucléation d'un seul coup de toute la masse a été faite plusieurs fois, avec des succès divers. Elle est évidemment la plus rapide de toutes les méthodes, mais c'est son unique mérite. Elle a le très grand inconvénient d'être aveugle et brutale, arrachant des organes qu'on pourrait épargner, sans même les voir. Kummel (Obs. 24) en énucléant un lipome adhérent à la rate d'un seul bloc, blesse les vaisseaux spléniques ; d'où hémorragie abondante et mort de l'opéré par shock. Latouche, par la même manœuvre, arrache la capsule hépatique et provoque une hémorragie en nappe abondante, qui ne cède qu'au tamponnement à demeure. Bruntzel énuclée un gros lipome et c'est seulement en examinant la pièce après l'opération qu'il s'aperçoit que le rein a été extirpé.

2^o *Extirpation par délobulation.* — Enlever la tumeur lobe par lobe, la délobuler, si l'on veut bien nous permettre ce néologisme, est un procédé moins dangereux. Grâce aux cloisons conjonctives lâches qui séparent les lobes, et aux sillons profonds que l'on trouve parfois entre eux, on peut aisément les détacher les uns des autres. Dans certains cas, il n'est pas possible de procéder autrement, par exemple lorsque le

lipome est constitué par un grand nombre de lobes du volume d'une noix, du poing ou d'une tête d'adulte, couchés en avant de la colonne vertébrale. Le cas de Lexer (Obs. 65) est un exemple : l'opérateur enlève d'abord un lobe central assez volumineux ; puis, entourant la tumeur, se montrent encore une série de lobes plus petits qu'on est obligé d'extirper un à un. Il s'en trouve de si minuscules que l'on doit les laisser en place. Dans l'observation que nous rapportons, la délobulation à grands lobes fut pratiquée, la tumeur fut extraite en trois morceaux.

3^o *Extirpation par morcellement.* — Le morcellement est le procédé le plus sûr et partant le meilleur. Péan est le père de la méthode et il l'a toujours pratiquée dans les opérations de lipomes rétropéritonéaux. Billroth, et plus près de nous Hartmann et Lecène, l'ont de même employée. Le morcellement doit être fait du centre à la périphérie. « On enlèvera d'abord de petits morceaux, puis des fragments de plus en plus gros, s'amarrant chaque fois avec de fortes pinces à traction sur la lèvre externe de la partie que l'on incise ; cela saigne peu ou point. Lorsque l'on arrive à la périphérie de la tumeur, à la zone dangereuse, la plus grande partie de la tumeur est enlevée, on a du jour, on voit ce que l'on fait, et il suffit, pour éviter tout accident, de se tenir scrupuleusement au contact de la tumeur, clivant très exactement les tissus et pinçant les vaisseaux au fur et à mesure qu'on les voit (1). »

(1) HARTMANN et LECÈNE (*loc. cit.*).

Libération des adhérences. — En allant avec cette prudence, on ne blessera aucun organe, et on n'enlèvera que ce qu'on voudra enlever. Les organes adhérents se laisseront aisément détacher et il sera rarement utile de procéder à une dissection serrée. Le colon et l'intestin adhèrent peu, nous l'avons vu, ils se détachent sans peine de la tumeur. Toutefois, dans plusieurs cas, il a été utile de pratiquer la résection intestinale. Le foie et la rate sont parfois en connexion intime avec la masse, mais en agissant avec circonspection, on ne les blessera pas, tout en ne laissant rien de la tumeur dans la plaie, ce qui serait une source de récurrence. L'aorte, la veine cave, le pédicule rénal seront toujours évités ; exceptionnellement ils ont été blessés, cas de Bérard et Cavaillon. L'organe le plus difficile à épargner est le rein.

Que faire du rein ? — Le conserver toutes les fois que ce sera possible, l'extirper toutes les fois qu'il ne se laissera pas détacher de la tumeur. Comme les reins sont, en règle générale, sains dans les lipomes rétropéritonéaux, la néphrectomie unilatérale n'a aucune gravité. Les statistiques montrent même que les ablations de lipomes avec néphrectomie ont donné une mortalité moins élevée que les ablations sans néphrectomie. Hartmann et Lecène ont compté quatre morts pour dix-huit ablations avec néphrectomie, alors qu'ils ont noté trois morts pour neuf ablations sans néphrectomie. Dans le premier cas, la mortalité est seulement de 22,2 %, tandis qu'elle est de 33,3 % dans le second.

Dans bien des cas, la question ne se pose pas : le rein est tellement incorporé à la tumeur qu'il est enlevé sans qu'on l'ait vu pendant l'opération, ou bien ce ne sont pas les adhérences du rein à la tumeur qui nécessitent la néphrectomie, mais on a coupé l'uretère enclavé dans le lipome (cas de Chavannaz), ou encore il a été impossible de dégager l'uretère et on a dû le sacrifier de parti pris ainsi que le rein (cas de Thiriar). Quoi qu'il en soit, la néphrectomie n'aggrave pas le pronostic opératoire. Il est indispensable, toutes les fois que l'on soupçonne un lipome rétropéritonéal, de faire l'examen fonctionnel des deux reins.

Autoplastie péritonéale et drainage. — Il faut suturer les deux lèvres de la plaie péritonéale postérieure avec autant de soin que l'on suture celles du péritoine antérieur, à moins que l'on ne draine la cavité par la paroi antérieure de l'abdomen.

La question du drainage a été diversement comprise par les opérateurs. Alban Doran, Ahern, Lexer, Adami et Gardner ont fermé l'abdomen sans drainer ; leurs malades ont guéri à l'exception de celui d'Alban Doran, qui est mort d'anurie en trente-huit heures. Il est certain que lorsqu'on est présence, à la fin de l'opération, d'une cavité qui ne suinte pas, lorsque l'extirpation a été rapide et s'est faite dans des conditions de bonne asepsie, on peut ne pas drainer. Mais, en thèse générale, il nous paraît plus sûr et plus prudent de mettre un drain, quitte à l'enlever au bout de quarante-huit heures, s'il n'y a pas de réaction ther-

mique ou s'il n'y a pas d'écoulement sanguin par le drain. L'hémostase complète est à peu près impossible dans ces énormes cavités que laissent les lipomes : il y a le plus souvent, surtout au niveau de la paroi abdominale postérieure, quelques petites veinules qui donnent un peu de sang ; il est prudent de ne pas s'exposer à une rétention liquide qui peut être le point de départ d'une infection.

Comment drainer, en avant ou en arrière ? Le drainage postérieur est évidemment le drainage idéal. Il est simple, il suffit d'effondrer le triangle de J.-L. Petit pour y arriver. Ainsi a fait Roux (Obs. 41). Thiriar, Josephson l'ont de même employé.

Le drainage antérieur a le gros inconvénient de faire traverser la cavité péritonéale par le drain. Si l'on désire drainer en avant, mieux vaut alors faire la marsupialisation de la poche. On accole ainsi les lèvres du péritoine postérieur à celles du péritoine antérieur et l'on exclut la poche de la cavité péritonéale. Hartmann et Lecène (Obs. 87) et Küstner (Obs. 44) ont employé ce procédé et s'en sont bien trouvés.

Résultats de l'extirpation. — L'extirpation a été pratiquée soixante-quatre fois avec quarante-trois guérisons et vingt et une morts, soit à peu près 33 % de mortalité. C'est dire que l'opération est très grave. Cela se conçoit, tant à cause du volume considérable des lipomes et de leurs adhérences que de l'état dans lequel se trouvent les malades au moment où ils se décident à se faire opérer. Tel est le peu de résistance

des patients dans ces conditions que la simple laparotomie exploratrice leur a été souvent funeste. Sur neuf cas de laparotomie exploratrice, nous relevons trois morts — soit la même proportion de 33 % que pour l'extirpation.

Nous devons ajouter cependant que tous les cas opérés ne sont pas comparables. Il n'est pas possible de juger de la même façon une extirpation faite en 1880 et une extirpation faite de nos jours. Les progrès considérables qu'a réalisés la chirurgie depuis cette époque permettent d'agir en plus grande sécurité. D'autre part, la technique opératoire est aujourd'hui beaucoup mieux comprise et réglée. Aussi voit-on guérir maintenant presque tous les malades opérés *en bonnes conditions*. La malade que nous avons observée et qui a été opérée par notre maître, M. Demoulin (Obs. 1), aurait certainement guéri si elle ne nous était pas arrivée en état de cachexie. Mais comment refuser, même à une telle patiente, une opération qui est pour elle la seule chance possible de salut ?

Pour nous résumer, nous dirons qu'il faut opérer les lipomes rétropéritonéaux le plus tôt possible, alors que les malades sont encore capables de subir cette intervention toujours très traumatisante. Nous ajouterons que même s'ils sont en état de résistance très diminuée, on peut, on doit encore tenter l'extirpation, qui, seule, peut les sauver.

OBSERVATIONS

PREMIER GROUPE

Lipomes à tissus multiples, mais sans sarcome

OBS. I. — *Inédite.* — A. S..., domestique, âgée de quarante ans, entre dans le service du docteur Demoulin, à l'hôpital Saint-Louis, le 20 Janvier 1909, pour une tumeur abdominale.

Aucun antécédent héréditaire. Réglée à douze ans, elle a eu cinq enfants ; pas de fausses couches. Règles régulières, un peu douloureuses.

La malade ne se souvient d'aucune affection antérieure. Il y a dix ans, elle eut pendant une certaine période dont elle ne peut préciser la durée des vomissements alimentaires qui ont disparu sans traitement spécial.

Depuis deux ans seulement, elle a commencé à s'apercevoir que son ventre augmentait de volume et s'en est inquiétée. Son médecin, le docteur Gautry, de Nangis (Seine-et-Marne), lui parle d'une opération ; la malade effrayée se confie à une rebouteuse qui lui fait des pansements vaginaux et lui ordonne des cataplasmes sur le ventre.

Pendant toute cette période, les fonctions organiques ne semblent pas gênées ; la malade urine bien, mange de bon appétit, va régulièrement à la selle, ne se plaint ni de troubles respiratoires ni de troubles circulatoires.

Au mois de Décembre 1908, elle éprouve pourtant des difficultés à aller à la selle, un lavement quotidien devient nécessaire.

Quand elle arrive à l'hôpital, nous constatons les signes suivants :

Femme très amaigrie, d'aspect cachectique, au visage émacié, au teint terreux et présentant d'une façon parfaite le type du « facies ovarien ».

On est tout d'abord frappé de l'énorme saillie que forme le ventre, saillie qui, lorsque la malade est couchée, occupe tout l'abdomen depuis le pubis jusqu'au rebord costal qu'elle soulève.

Cette saillie, bien qu'assez régulière, pointe pourtant un peu au niveau de l'ombilic. Celui-ci n'est pas déplissé.

Peau de l'abdomen très tendue. Circulation collatérale sus et sous-ombilicale.

En posant la main sur le ventre, on perçoit une masse mollassée, régulière, que l'on explore facilement à travers la paroi amincie dans toute son étendue. Cette masse donne d'une façon très nette la *sensation de flot*. Elle n'est pas mobilisable dans son ensemble.

Elle est uniformément mate, d'une matité absolue, sauf une petite zone sonore un peu au-dessus de l'ombilic. Cette matité ne se déplace pas quand on fait coucher la malade sur l'un ou l'autre côté.

Le toucher vaginal montre un col petit et dur. Le corps utérin ne peut être senti par la main posée sur l'abdomen. Les mouvements imprimés au col de l'utérus ne sont pas transmis à la tumeur.

Les annexes ne peuvent être reconnues.

En présence de ces données, on diagnostique un kyste de l'ovaire et, après avoir examiné les urines qui n'ont ni sucre ni albumine, le cœur et les poumons qui sont sains, on décide d'opérer la malade le surlendemain.

OPÉRATION le 22 Janvier 1909 par M. Demoulin aidé par nous.
— Anesthésie au Roth-Drœger bien tolérée. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Après ouverture du péritoine pariétal antérieur, on tombe sur une masse d'apparence graisseuse et qui donne au toucher la sensation de fluctuation. Croyant à un kyste de l'ovaire, une ponction est faite dans la masse : pas de liquide. Il s'agit donc d'une tumeur solide.

Large incision de la paroi abdominale antérieure jusqu'au voisinage de l'appendice typhoïde de façon à découvrir la tumeur dans toute l'étendue de sa face antérieure. On constate alors que toute la partie ainsi mise à jour est recouverte du péritoine lisse et sain. Aucun organe — ni le grand épiploon, ni l'intestin grêle, ni le colon transverse — ne s'interpose entre la tumeur et la paroi abdominale antérieure. Seul, un segment du gros intestin, reconnaissable à ses bandelettes longitudinales et qui n'est autre que le colon descendant, traverse en écharpe, de gauche à droite, la partie supérieure de la tumeur, contre laquelle il s'est aplati.

La tumeur semble au premier abord remplir tout l'abdomen. En la contournant, on arrive cependant à sentir, bien loin, tout en haut, contre le diaphragme, le foie et la rate, tout en arrière et a

droite l'intestin grêle, tout en bas l'utérus et les annexes. Malgré cette énorme extension du néoplasme, aucune adhérence avec les organes abdominaux, — sauf l'accolement du colon à la tumeur que nous avons déjà signalé. Aussi va-t-on tenter l'ablation complète.

Pour cela, on incise d'abord le péritoine postérieur sur la tumeur à peu de distance du bord inférieur et gauche du colon descendant, le long du feuillet avasculaire du méso, sur une étendue de 20 centimètres. Cette manœuvre permet de décoller et de refouler en haut le colon et de trouver le plan de clivage qui va rendre désormais possible l'extirpation sous-séreuse de la masse lipomateuse.

Cette décortication ne fut pas sans difficultés, non seulement à cause des attaches de la masse à la face profonde de la séreuse de recouvrement, mais aussi et surtout à cause du volume et du poids de la tumeur à laquelle il était impossible d'imprimer des mouvements d'ensemble. Aussi fut-il nécessaire d'enlever la tumeur en trois morceaux :

Un premier morceau qui pesait 5 kilogrammes 250 grammes et qui occupait toute la surface en avant ;

Un second morceau, plus petit (750 grammes), qui emplissait la fosse iliaque droite ;

Un troisième tronçon, le plus volumineux des trois : il pesait à lui seul 20 kilogrammes. Il était largement étalé sur la paroi abdominale postérieure à laquelle l'unissaient de nombreuses adhérences fibro-celluleuses. Celles-ci furent rompues au fur et à mesure et de bas en haut. Quand la masse fut dégagée dans sa moitié inférieure, on lui fit subir un mouvement de bascule autour de son axe transversal de manière à faciliter la désinsertion à la paroi postérieure.

La tumeur, une fois enlevée, on se trouva en présence d'une vaste cavité, fermée en arrière par la paroi abdominale postérieure et limitée en avant et sur les côtés par le péritoine pariétal postérieur décollé, le mésocolon descendant qui avait disparu en s'étalant sur la tumeur, et le colon descendant qui, lui aussi, s'était aplati sur le néoplasme. Refoulée tout à fait à droite et en haut l'attache du mésentère : aucun dédoublement des feuillets mésentériques. L'estomac avec le grand épiploon attaché à son bord inférieur, la rate et le foie devenu lamelleux par compression partageaient avec le grêle une petite loge sous-diaphragmatique que la tumeur, dans son évolution progressivement envahissante, n'avait pas encore eu le temps de s'approprier. De même, en bas,

logés tout au fond du petit bassin, l'utérus et les annexes s'accommodaient comme ils pouvaient de l'espace restreint que le néoplasme leur laissait encore.

Il apparut alors nettement qu'il s'agissait d'une tumeur rétro-péritonéale, née au devant de la paroi abdominale postérieure. Il est probable que son point de départ fut la fosse lombaire gauche et qu'elle acquit assez rapidement des connexions avec le colon descendant. Celui-ci fut par suite transporté par la tumeur à mesure qu'elle se développa, au point de se diriger finalement obliquement à droite et en bas, position dans laquelle nous l'avons trouvé au moment de l'opération....

L'intervention fut rapidement terminée. Deux grosses veines adhérent à la tumeur, près du bord supérieur du ligament large gauche, durent seules être liées. La tumeur n'était nullement vasculaire et ne recevait que des vaisseaux sans importance. Le péritoine de recouvrement qui avait été incisé pour permettre la décoration fut suturé. Toutefois, une large ouverture fut réservée au point déclive par lequel un gros drain fut introduit dans la cavité rétropéritonéale déshabillée. Un deuxième drain fut mis dans le Douglas.

Suture de la paroi abdominale en un plan.

Durée de l'opération : une heure.

SUITES OPÉRATOIRES :

Le 22 Janvier, jour de l'opération, 1.500 grammes de sérum physiologique, trois injections d'huile camphrée, un centigramme de morphine pour la nuit. Température rectale (toutes les températures furent prises au rectum) 37.

23 Janvier. — Température, 37,3 matin et soir. Pouls, 92. Malade très affaiblie, mais agitée.

1.500 grammes de sérum, un centigramme de morphine le soir.

24 Janvier. — Température, 37,6 matin et soir. Pouls, 96. Toujours affaissée, mais agitée par moment.

500 grammes de sérum. Le soir, à 8 heures, un centigramme de morphine ; à minuit, un autre centigramme de morphine sans prescription.

25 Janvier. — Température, 37,2. Pouls, 98. Très aplatie, semble dormir, ne répond pas quand on lui parle. État subcomateux. 1.000 grammes de sérum. Le soir, un centigramme de morphine.

La malade n'ayant pas eu de selles depuis son opération, on lui donne un grand lavement qui reste sans résultat.

26 Janvier. — Température, 37,2 matin et soir. Pouls, 110.

Même état de somnolence. Impossibilité de faire prendre une purgation à la malade ; nécessité de recourir au tube de Faucher pour la lui administrer. Selles abondantes.

Suppression du sérum et de tout médicament.

L'analyse ci-jointe des urines montre que la fonction rénale se fait d'une façon satisfaisante, sauf en ce qui concerne la quantité des urines qui est très diminuée.

Volume des urines en 24 heures.	300 cent. cubes.
Urée	23 gr. 50 par litre.
Indican	en grande quantité.
Albumine	léger nuage.
Sucre	néant.
Pigments biliaires	néant.
Urobiline	présence.
Rien aux poumons ni au cœur.	

27 Janvier. — Température, 38,2. Pouls, 120. Même état.

28 Janvier. — La malade se réveille. Elle commence à causer et avale sans difficulté quatre œufs.

Température, 37,7. Pouls, 100.

29 Janvier. — Amélioration progressive. La malade cause très bien et a repris pleinement conscience.

Température, 38,4. Pouls, 84.

A partir de ce moment, les choses changèrent. Il y eut d'abord rougeur de la peau sacrée vers le huitième jour. Apparition de phlyctènes puis d'une *escarre* de la largeur de la paume de la main.

On vit le facies changer, le teint devenir jaunâtre, les yeux brillants s'enfoncer dans les orbites.

La température monta progressivement pour atteindre 39, probablement sous l'influence de la suppuration de l'escarre. La langue devint sèche, l'appétit disparut, l'haleine était fétide, il y eut un peu de diarrhée et la malade s'affaiblissant progressivement succomba sans cause connue, le dix-septième jour après l'opération.

Autopsie. — A l'ouverture du ventre, on retrouva la cavité rétropéritonéale presque entièrement comblée par accolement de ses parois. La partie inférieure où se trouvaient les drains est encore ouverte et tapissée de fausses membranes. Quelques fausses membranes aussi sur les anses grêles qui avoisinent la cavité drainée. Pas de pus dans l'abdomen. L'intestin grêle et le colon ont repris leur place habituelle. Les reins sont extraits et paraissent sains à la coupe. Le rein gauche est tout à fait sous le diaphragme plus haut qu'à l'ordinaire.

Les organes thoraciques sont sains. En somme, la malade semble avoir succombé à l'infection de son escarre sacrée.

Examen histologique (1). — L'énorme masse, pesant 26 kilogrammes, est largement lobée et lobulée. Elle présente, d'une façon générale, l'aspect d'un volumineux lipome, jaunâtre et assez consistant. Lorsque on l'incise, la coupe porte tantôt sur un tissu franchement lipomateux et la surface de section est uniformément jaunâtre, tantôt elle intéresse un tissu gélatineux, tremblotant, rosé, plus ou moins translucide et donnant l'impression du myxome. Zones myxomateuses et zones lipomateuses se pénètrent réciproquement. Là le myxome l'emporte sur le lipome, ailleurs c'est l'inverse. Ça et là, on note quelques îlots d'un tissu opaque, d'un blanc mat, à surface de section plus sèche ; ils correspondent, ainsi que le montre l'examen microscopique, à des zones mortifiées.

Différents fragments furent recueillis pour l'examen histologique. Ils furent fixés au liquide de Dominici et inclus à la paraffine. Les coupes furent colorées de manières diverses, notamment certaines à l'éosine orange et au bleu de toluidine, d'autres à l'hématéine concentrée acide de Dominici et au liquide de Van Gieson.

A un faible grossissement, les coupes présentent un aspect aréolaire, dû aux très nombreuses vésicules adipeuses, qui ont été vidées de leur graisse par suite des techniques employées. Entre les groupes de cellules adipeuses se voient des bandes ou des nappes, d'étendue variable, de tissu conjonctif, formé d'une substance fondamentale muqueuse très abondante, dans laquelle les cellules conjonctives sont très espacées et où serpentent de grêles faisceaux conjonctifs écartés les uns des autres. D'assez nombreux vaisseaux sanguins, à parois minces, parcourent ce tissu conjonctif que nous pouvons, dès maintenant, qualifier de tissu muqueux. Les fibres

(1) Note due à notre ami Rubens-Duval, à qui nous adressons nos meilleurs remerciements.

élastiques sont totalement absentes de ce tissu et ne se rencontrent même que dans la tunique des vaisseaux d'assez gros calibre.

En quelques points, le tissu adipeux et le tissu muqueux ont perdu leurs affinités tinctoriales. On reconnaît leur architecture générale, mais leurs éléments sont méconnaissables ou très altérés ; ils prennent mal et diffusément les colorants basiques et les colorants acides ; ce sont des zones de mortification.

Ainsi donc, à s'en tenir à cet examen au faible grossissement, il s'agit d'un lipomyxome avec foyers de désintégration cellulaire par mortification, c'est-à-dire que nous devrions porter le diagnostic de tumeur, de processus néoplasique. Mais au fort grossissement, cette impression change et ce n'est pas à un processus néoplasique — au sens histologique de ce terme — que nous devons attribuer la formation de cette énorme masse, mais à un processus inflammatoire.

En effet, dans les zones formées de tissu conjonctif muqueux, on trouve une réaction cellulaire composite, possédant tous les caractères des inflammations chroniques. Les cellules que l'on y rencontre sont en majorité de grandes cellules conjonctives fixes anastomatiques, soit fusiformes, soit à protoplasme membraneux, étoilé et à longs bras découpés et ramifiés. Ces cellules ne sont pas à l'état de repos, bien au contraire, l'hypertrophie et la basophilie de leur protoplasme, le renforcement chromatinien et les incisures et les lobulations de leur noyau indiquent assez leur grande activité fonctionnelle. Très voisines de ces cellules conjonctives fixes sont de petits plasmodies indifférenciés de Dominici (chorioplaxes de Unna) que l'on voit en de nombreux points. Leur protoplasme, extrêmement basophile, est partiellement masqué par les noyaux volumineux et riches en chromatine qui le remplissent.

Entre les cellules conjonctives fixes se répandent de nombreuses cellules libres, migratrices. Elles sont de type morphologique varié. Les plus nombreuses sont des mononucléaires de différentes tailles, surtout des lymphocytes. Beaucoup restent tels et conservent le type de moyen mononucléaire ou de lymphocyte ; un certain nombre évoluent en plasmazellen. Ces dernières n'acquièrent pas, en règle générale, de dimensions bien considérables. En effet, elles sont rapidement frappées de dégénérescence. Le protoplasme des unes devient uniformément homogène et acidophile, tandis que leur noyau se contracte et devient pycnotique ; le protoplasme des autres se fragmente en petites sphérules retenant vivement les

colorants acides : c'est la dégénérescence érythrophile des plasmazellen, telle que l'a décrite Dominici.

D'autres mononucléaires évoluent suivant le type morphologique des cellules vacuolaires de Renaut et s'adaptent sans doute à la fonction macrophagique, mais faute d'inclusions intraprotoplasmiques, on ne peut affirmer, en toute certitude, leur rôle phagocytaire.

Les clasmatocytes de Ranvier sont nombreux, ils allongent en tous sens leurs longs bras rameux et les effritent, par clasmatose active, en de nombreux débris protoplasmiques.

Les mastzellen sont assez nombreuses aussi et facilement reconnaissables aux granulations γ , métachromatiquement basophiles qui remplissent leur protoplasme et masquent plus ou moins leur noyau.

Par contre, on ne rencontre ni polynucléaires neutrophiles, ni polynucléaires éosinophiles en migration dans le tissu conjonctif.

Cette réaction des cellules conjonctives fixes, cette infiltration de mononucléaires accusent manifestement un processus inflammatoire chronique. Cette impression se trouve corroborée par l'examen des vaisseaux, assez nombreux, qui parcourent la production morbide. De ces vaisseaux, les uns sont de simples capillaires réduits à un tube endothélial ; les autres, plus volumineux, sont doublés d'une paroi formée d'un feutrage de grêles faisceaux conjonctifs qui, partis de l'axe vasculaire, vont de là irradier en se dispersant en tous sens dans le tissu muqueux. Quel que soit leur calibre, ces vaisseaux ont un endothélium manifestement tuméfié. Les cellules endothéliales sont nettement apparentes, car leur protoplasme hypertrophié prend vivement les colorants basiques et elles forment une saillie accusée dans la lumière du vaisseau. Parfois il y a prolifération de l'endothélium et ébauche de vascularite oblitérante. En outre, les vaisseaux sont entourés d'un manchon plus ou moins considérable de lymphocytes diapédésés autour d'eux. Ces infiltrats périvasculaires, à peu près constants, sont en général modérés. Ils n'acquiescent un notable développement qu'autour de quelques gros vaisseaux.

Outre les modifications cellulaires du tissu conjonctivo-vasculaire, le processus inflammatoire est encore accusé par la fibrine précipitée dans les interstices du tissu conjonctif à la fois sous forme de grains très fins et de filaments d'épaisseur variable.

Dans le tissu adipeux, les caractères inflammatoires se retrouvent

aussi, mais de manière plus inconstante. A côté de groupes de vésicules adipeuses à l'état de repos, dont la graisse distend le corps protoplasmique et refoule le noyau, il en est d'autres où les cellules adipeuses, en régression, font retour à un stade indifférencié. Leur graisse se résorbe, et le spongioplasme réapparaît au prorata de la disparition de la graisse ; les noyaux se multiplient et il en résulte des plasmodes, encore partiellement adipeux, qui ne tardent pas à se morceler en cellules conjonctives uninucléées. C'est là un aspect du tissu adipeux fréquemment rencontré au cours des processus inflammatoires. Il peut être retrouvé aussi dans les processus néoplasiques, par exemple sur les fragments de tissu adipeux englobés dans un sarcome en voie d'extension. Nous signalons donc simplement cette modification du tissu adipeux sans vouloir tirer un argument pour ou contre la nature inflammatoire ou néoplasique de la production morbide.

En faveur de la nature inflammatoire, nous ne retiendrons que l'hypertrophie des cellules fixes, les modifications vasculaires, l'apport de cellules migratrices de types variés et la précipitation de la fibrine. Tous ces signes se complètent d'ailleurs réciproquement et réalisent par leur réunion un syndrome d'inflammation chronique.

L'inflammation ne peut donc être niée, mais ne pourrait-on pas objecter qu'elle est surajoutée à un processus néoplasique, qu'il s'agit d'un lipo-myxôme enflammé ?

Il paraît tout d'abord assez difficile de répondre à cette objection. En effet, il semblerait que nous ne pouvons plus nous appuyer sur le fait précis du processus inflammatoire constaté pour nier le néoplasme, si l'on admet qu'il est infecté ; d'autre part, des caractères négatifs n'ont qu'une valeur restreinte. Énumérons-les cependant. La masse énorme de la production morbide fait évidemment penser à une tumeur, mais ne connaissons-nous pas une inflammation indubitable, l'éléphantiasis des Arabes, capable de produire des masses de tissus pathologiques aussi considérables ? Le tissu conjonctif muqueux de la masse ne diffère en rien du tissu conjonctif muqueux normal ou en hyperplasie inflammatoire. En d'autres points du corps, l'hyperplasie inflammatoire du tissu conjonctif muqueux réalisant des tumeurs, au sens clinique du mot, est connue. Marcano considère comme inflammatoires les polypes muqueux des fosses nasales. Le tissu adipeux du lipome ne diffère en rien des masses adipeuses qui se développent autour des organes

enflammés chroniquement — périnéphrite sclérolipomateuse de nombre d'affections rénales, par exemple —. Nous ne trouvons ni dans le tissu conjonctif muqueux, ni dans le tissu adipeux de cellules présentant des caractères néoplasiques (cellules monstrueuses, disproportion du noyau et du protoplasme, nucléoles multipliés et hypertrophiés, karyokinèses nombreuses, karyokinèses atypiques, multipolaires, etc.), mais ce signe négatif n'est encore pour nous d'aucune utilité puisque ces caractères néoplasiques sont ceux des néoplasies malignes et qu'ils peuvent faire parfois défaut, même dans celle-ci.

Force nous est donc de raisonner sur le seul fait positif, l'existence d'un processus inflammatoire. S'il était surajouté à un processus néoplasique sous-jacent, on trouverait des zones inégalement enflammées à côté d'autres où seul le tissu néoplasique serait apparent, indemne de toute inflammation surajoutée. La comparaison de ces zones entre elles nous permettrait de dégager le processus néoplasique fondamental, ici pur, là infecté, de la cause inflammatoire seconde qui viendrait le modifier. Mais ici le tableau histologique est uniforme. Partout la même inflammation et partout avec les mêmes caractères. Bien plus, les vaisseaux semblent commander à la fois la structure de la production morbide dont ils constituent la charpente et la distribution du processus inflammatoire. Leur endothélium est relativement plus hypertrophié que les cellules conjonctives fixes voisines ; ils sont entourés de manchons lymphocytaires et les lymphocytes ne se transforment en plasmazellen, en cellules vacuolaires, etc., que lorsqu'ils émigrent dans les mailles du tissu conjonctif.

Ainsi le développement de la production morbide et le développement de l'inflammation semblent marcher de pair.

La conclusion qui s'impose est donc qu'il s'agit d'un processus inflammatoire chronique et non d'une tumeur au sens histologique de ce mot. Si l'on peut dire que les chéloïdes sont des inflammations chroniques à type de fibrome, de même et seulement dans cette acception, on peut dire ici qu'il s'agit d'une inflammation chronique à type de lipomyxome.

OBS. 2.—VALSALVA, *in* MORGAGNI, 1779. (*De Sed. et caus. morborum*, tome II, p. 317.)

Femme, soixante-trois ans, morte de cachexie.

A l'autopsie : volumineuse tumeur rétro-péritonéale adhérente à la capsule adipeuse du rein droit. Le colon est si intimement

fusionné avec la tumeur qu'il est impossible de l'en séparer sans le déchirer.

Macroscopiquement : myxo-lipome.

OBS. 3. — MEJER, 1831. (*Inaug. Dissert.*, Leipzig.)

Extirpation d'un lipome pesant 25 kilogrammes. On laisse une partie qu'on ne peut enlever.

Histologiquement : lipome pur.

OBS. 4. — BROCA, 1850. (*Bull. de la Soc. anatom. de Paris*, p. 137.)

Vieillard. — Tumeur trouvée à l'autopsie occupant la fosse iliaque gauche, remplissant la moitié inférieure de l'abdomen.

Histologiquement : lipome pur 15 kilogrammes.

OBS. 5. — MOYNIER, 1850. (*Société de Biologie*, p. 139.)

Femme, quarante-sept ans, morte de péritonite par perforation.

À l'autopsie : tumeur rétropéritonéale recouverte par le colon descendant et recouvrant le rein gauche auquel il adhère par un pédicule au niveau du hile.

Lipome pur.

OBS. 6. — SPENCER WELLS, 1868. (*Trans. of London patholog. Society*, vol. XIX, p. 233.)

Femme, quarante-trois ans. — Début depuis sept ans.

Opération, 5 Novembre 1867. Ablation de grosses masses graisseuses après section d'une capsule de tissu cellulaire lâche. Un gros lobule est laissé au voisinage du rein droit.

Mort cinquante-huit heures après l'opération.

Autopsie : Péritonite. La masse graisseuse laissée à droite enveloppait le rein, repoussait à gauche le colon et adhérait au foie. La tumeur enlevée pesait 10 kilogrammes ; la portion laissée pesait 6 kilogrammes.

OBS. 7. — COOPER-FORSTER, 1868. (*Transact. of the patholog. Society of London*, vol. XIX, p. 246.)

Femme, soixante-trois ans. — Début depuis cinq ans.

Traitée par ponctions répétées et négatives. Mort au bout de seize jours.

Autopsie : Tumeur rétropéritonéale adhérente à la face inférieure du diaphragme, croisée en avant par le colon ascendant.

Histologiquement : fibro-lipome.

OBS. 8. — PICK, 1869. (*Transact. of the pathol. Society of London*, tome XX, p. 337.)

Homme, trente-six ans, mort neuf mois après l'opération de la tumeur.

Autopsie : Énorme tumeur rétropéritonéale remplissant tout l'abdomen, remontant en haut jusqu'à la quatrième côte et plongeant en bas dans le petit bassin.

Poids, 25 livres. Formée de tissu graisseux avec une charpente conjonctive.

OBS. 9. — CAUVY, 1874. (*Montpellier médical*, t. XXXII, Février, n° 2, p. 97.)

Homme, cinquante-quatre ans, en pleine cachexie.

Ponctions répétées et sans résultat. Le malade meurt consécutivement d'infection par sphacèle de la tumeur.

OBS. 10. — PÉAN, 1880. (*Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen*, Paris, t. I, p. 1129.)

Femme, soixante ans. — Opération Mai 1876. Tumeur rétropéritonéale insérée le long de la région lombaire droite. Incision du péritoine postérieur. Section et ligature de nombreux vaisseaux à la surface de la tumeur. Extirpation par morcellement. Extraction très laborieuse d'une durée de trois heures. Mort le dixième jour avec diarrhée et symptômes d'empoisonnement cholériforme.

Poids, 12 kilogrammes.

OBS. 11. — PÉAN (*loco citato*).

Femme, soixante-deux ans. — Opération : extirpation par morcellement d'une tumeur rétropéritonéale. Fixation des feuillets mésentériques liés et adossés aux lèvres supérieures de la plaie. Durée de l'opération (quatre heures). Mort le quatrième jour d'épuisement. Poids, 20 kilogrammes.

OBS. 12. — DRESCHFELD, 1880. (*Trans. of the path. Society of London*, vol. XXXI, p. 288.)

Femme, quarante-neuf ans. — Début depuis trois ans.

Opération, 18 Octobre 1879. Extirpation d'une petite tumeur osseuse située dans le flanc gauche sans connexion viscérale ; à côté une tumeur fibreuse qu'on enlève également mais qui est unie par de forts tissus à une masse graisseuse occupant la paroi postérieure de l'abdomen et dont l'extirpation est jugée trop difficile. Mort au cinquième jour de péritonite.

Autopsie : Énorme lipome descendant jusqu'au pelvis. Poids : 12 livres.

Histologiquement : lipome pur.

OBS. 13. — WALZER, 1881. (*Allgem. Wien. mediz. Zeitung*, n° 6, p. 63.)

Femme, trente-quatre ans. — Opération, Juin 1880 : Laparotomie après avoir au préalable provoqué des adhérences par des ponctions répétées les jours précédents. Incision oblique dans le flanc gauche et extirpation de plusieurs masses graisseuses. On est obligé de s'arrêter à cause de l'hémorragie. Tamponnement antiseptique. Mort de péritonite le deuxième jour.

Myxo-lipome.

OBS. 14. — MADELUNG, 1881. (*Berlin. Klin. Wochenschr*, n° 6, p. 75, et n° 7, p. 93.)

Femme, trente-deux ans. — Opération, Octobre 1880. Extirpation incomplète d'un gros lipome lobulé. Pour énucléer le pédicule et un prolongement qui en partait, il fallut détacher de son mésentère et réséquer ensuite 8 centimètres d'une anse grêle qui l'entourait complètement. — Guérison.

Lipo-myxome œdemateux (17 kil. 500).

OBS. 15. — BRUNTZEL, 1882. (*Berlin. Klin. Woch.*, p. 745.)

Femme, trente-trois ans. — Début depuis cinq ans.

Opération, 1^{er} Juillet 1882. Incision de l'appendice xyphoïde au pubis. Tumeur rétopéritonéale croisée sur sa face antérieure par le colon ascendant aplati. Ponction négative. Incision du péritoine postérieur. Extraction pénible de la tumeur et section à l'aveugle après ligature d'un pédicule qui la retenait. Alors seulement on s'aperçoit que le rein gauche enclavé dans la tumeur a été enlevé avec elle. Enfouissement de l'uretère ; drainage.

Guérison avec fistule stercorale qui persistait cinq mois après l'opération.

Histologiquement : fibrome (18 kil. 500) né de la capsule adipeuse du rein et renfermant de grosses masses de tissu graisseux. Le centre est en voie de ramollissement avec thrombose des vaisseaux.

OBS. 16. — WIGGLESWORTH, 1883. (*Lancet*, vol. II, p. 1121.)

Femme, quarante-trois ans, morte cachectique.

Autopsie : Tumeur de 22 kilogrammes adhérente au colon qui parcourt son bord gauche. Anses grêles refoulées à gauche.

Myxo-lipome.

OBS. 17. — HOMANS, 1883. (*Boston med. and surgic. Journal*, vol. CVIII, n° 11, 8 Mars, p. 241.)

Homme, trente-neuf ans. — Opération : Première laparotomie exploratrice en Octobre 1881. Fermeture sans extirpation. A la demande du malade, deuxième laparotomie en Février 1882. Extirpation de deux tumeurs rétropéritonéales. Une troisième tumeur couchée sur l'aorte et battant avec elle est laissée en place. Mort subitement le soir de l'opération.

Autopsie : Le colon ascendant privé de son mésentère flotte comme une corde dans l'abdomen. On constate la présence de deux autres lipomes. — Poids des tumeurs, 57 livres dont 24 pour les tumeurs enlevées.

OBS. 18. — HOMANS (*loco citato*).

Femme, soixante ans. — Opération, Mars 1882. Extirpation déterminant une forte hémorragie. L'opération terminée, la malade reportée dans son lit meurt sans avoir repris connaissance.

Lipome pur, 35 livres.

OBS. 19. — ELLIS, in HOMANS (*loco citato*).

Lipome rétropéritonéal trouvé à l'autopsie.

OBS. 20. — PERNICE, 1884. (*Deut. Mediz. Wochenschrift*, n° 52, p. 850.)

Femme, soixante-quatre ans. — Début depuis six ans. Accroissement progressif avec amaigrissement, œdème.

Opération, 1^{er} Septembre 1884. Tumeur rétropéritonéale adhérente à droite et en arrière à l'appendice et au colon. Énucléation facile. — Guérison.

Lipome pur de 15 kilogrammes.

OBS. 21. — SPENCER WELLS, 1884. (*Brit. med. Journal*, vol. II, p. 758.)

Femme, quarante-huit ans. — Début depuis neuf ans.

Opération, 13 Novembre 1883. Tumeur rétropéritonéale. Énucléation de la masse à laquelle adhère le rein gauche dont le tiers inférieur est réséqué. A droite, ablation d'une tumeur analogue sans connexion rénale. — Guérison.

Histologiquement : Fibro-lipome. L'une des tumeurs pesait 16 livres et demie (anglaises) et l'autre 14 livres et demie.

OBS. 22. — PÉAN, 1885. (*Bull. génér. de thérapeutique et chirurg.*, t. CIX, p. 420.)

Femme, trente ans. — Opération, Juin 1885. Extirpation d'une tumeur rétropéritonéale adhérente aux vertèbres. — Guérison.

Poids : 25 kilogrammes.

OBS. 23. — TERRILLON, 1886. (*Archives gén. de méd.*, p. 260.)

Homme, trente-cinq ans. — Opération, Septembre 1885. Laparotomie médiane xypho-pubienne. Tumeur rétropéritonéale recouverte par un feuillet du mésentère dont les vaisseaux sont très volumineux. Incision de ce feuillet et énucléation progressive de la tumeur. Cicatrisation de la plaie abdominale, mais diarrhée fétide, épuisement, amaigrissement. Escarre entraînant la mort le trente-deuxième jour.

Lipo-myxome. Poids, 57 livres.

OBS. 24. — KUMMEL, 1886. (*Munch. med. Wochenschrift*, p. 770.)

Homme, quarante-huit ans. — Début depuis trois ans.

Opération : Tumeur rétropéritonéale croisée transversalement par le colon transverse prenant naissance dans la fosse lombaire gauche. Adhérence à la rate et déchirure de la capsule splénique suivie d'hémorragie abondante. Extraction difficile. Mort de shock au bout de deux jours.

Lipome pur, 19 kilogrammes.

OBS. 25. — KOEFOED, 1887. (*Centralbl. f. Chir.*, n° 36, p. 677.)

Femme, vingt ans. — Laparotomie exploratrice. Extirpation impossible. Fermeture de l'abdomen. — Guérison.

OBS. 26. — ALSBERG, 1887. (*Deutsche med. Wochenschr.*, n° 30 p. 677.)

Femme, cinquante-trois ans. — Opération, Mars 1887. Tumeur adhérente au colon transverse qui au cours de l'opération est déchiré et privé de ses vaisseaux sur une grande étendue. On en pratique la résection sur une longueur de 18 centimètres. Suites opératoires immédiates bonnes, mais inconnues à partir du quinzième jour.

Fibro-lipome en partie calcifié, pesant 34 livres.

OBS. 27. — KUNDRAT, in SALZER, 1888. (*Wien. Klin. Woch.*, n° 9, p. 221.)

Homme adulte. — Opération en 1881. Suture de la surface de la tumeur aux lèvres de la plaie abdominale, puis incision de la tumeur. Celle-ci se montre formée d'un tissu mou qu'on n'essaye pas d'évacuer. Mort peu de temps après.

A l'autopsie : Myxo-lipome au tissu friable avec foyers de ramollissement.

OBS. 28. — ROSMANIT-KOLISKO, in SALZER, 1888 (*loco citato*).

Femme, cinquante-trois ans. — Grosse tumeur abdominale prise pour une tumeur solide de l'ovaire.

Opération, Septembre 1886. Tumeur rétropéritonéale. On la morcèle en quatre fragments qu'en extirpe. Adhérence au rein droit. Néphrectomie. On laisse une masse lipomateuse adhérente au foie. Péritonisation impossible. — Mort peu après l'opération. Fibro-myxo-lipome.

OBS. 29. — BILLROTH, in SALZER, 1888 (*loco citato*).

Homme, quarante ans. — Début depuis dix-huit mois d'une tumeur que l'on prend pour un kyste hydatique.

Opération, 7 Mai 1888. Tumeur rétropéritonéale. Extirpation par morcellement. Englobement du rein par la tumeur. Néphrectomie. Le psoas iliaque, la rate, la queue du pancréas sont successivement mis à nu. On est obligé de lier l'artère splénique pour assurer l'hémostase. Réparation d'une brèche faite au méso-colon dans l'angle colique gauche. — Mort de shock la nuit suivante.

Examen de la pièce : Tumeur pesant 29 kilogrammes formée de l'agglomération de lobes variant du volume d'un œuf de pigeon à celui d'une tête d'adulte, de coloration jaune pâle, blanche ou gris rosé. À la coupe, tissu grasseux succulent et, par places, substance colloïde.

Histologiquement : myxo-lipome.

OBS. 30. — THIRIAR, 1889. (*IV^e Congrès français de Chirurgie*, p. 319.)

Femme, soixante-trois ans. — Début depuis six mois.

Opération, 29 Juin 1889. Tumeur rétropéritonéale adhérente au cœcum. Énucléation facile. On constate alors l'existence dans la fosse iliaque droite d'un deuxième lipome et la présence du rein droit qui lui est accolé. Ablation des deux. Péritonisation complète; drainage lombaire, fermeture totale de l'abdomen. — Guérison.

Fibro-lipome de 11 kg. 500. Le rein extirpé est normal.

OBS. 31. — OLSHAUSEN, in SAURENHAUS, 1890. (*Centralblatt f. Gynaekol.*, n° 10, p. 164.)

Femme, quarante-deux ans. — Début depuis un an.

Opération, 21 Janvier 1890. Tumeur rétropéritonéale ayant refoulé le colon ascendant à gauche. Énucléation. Néphrectomie. La veine cave refoulée à gauche se trouve dénudée sur environ 10 centimètres. Marsupialisation du lit de la tumeur. Durée, une heure et quart.

Guérison opératoire. — Poids de la tumeur, 6 kg. 750.

OBS. 32. — VON EISELSBERG, 1890. (*Wien. Klin. Wochenschr.*, n° 23, p. 438.)

Femme, soixante-dix ans. — Développement lent d'une tumeur abdominale prise pour un néoplasme ovarien.

Opération, Octobre 1889. Tumeur rétropéritonéale légèrement adhérente à un paquet d'anses grêles qu'on détache. Après incision du feuillet séreux postérieur, on voit la tumeur formée de deux masses accolées entre lesquelles est le rein normal, mais dont le grand axe est horizontal et le hile postérieur. Ablation de la tumeur et du rein d'un seul bloc. Marsupialisation. Drainage. — Guérison.

Fibro-lipome, 4 kilogrammes.

OBS. 33. — TILMAN, 1891. (*Hygica*, I, p. 277, et *Centralbl. f. Chirurg.*, n° 28, p. 551.)

Femme, vingt-huit ans. — Opération, Septembre 1889. Tumeur rétropéritonéale remplissant la plus grande partie de l'abdomen, ayant dédoublé les mésos de l'S iliaque et du colon descendant qu'on voit courir affaîssés le long de sa face antérieure. Adhérence au rein. Ablation simultanée du rein et de la tumeur. — Guérison.

Mais, après un mois, constatation d'une récidive qui en Mai 1890 remplissait toute la partie gauche de l'abdomen. Inopérable. En 1891, la malade vit encore.

Histologiquement : Fibro-myxolipome, 10 kilogrammes. Le rein extirpé est normal.

OBS. 34. — LAUWERS, 1891. (*Bull. de l'Académie royale de méd. de Belgique*, p. 510.)

Garçon, sept ans. — Début depuis la naissance. Développement progressif. A l'examen, maigreur extrême, abdomen énorme ; tumeur mate remplissant tout le flanc droit, refoulant à gauche l'estomac et les intestins, soulevant le foie dont la matité remonte au troisième espace et se continue avec celle de la tumeur.

Opération, 29 Mai 1890. Laparotomie latérale droite. Découverte d'une tumeur rétropéritonéale qui refoule le foie sans lui adhérer. Colon ascendant étalé à gauche de la tumeur avec effacement de

son méso. Énucléation facile. Tamponnement à la gaze. — Guérison.

Lipome de 6 kilogrammes, à peu près le tiers du poids de l'enfant (20 kilogrammes au moment de l'opération).

OBS. 35. — TERRIER et GUILLEMAIN, 1892. (*Revue de Chirurgie*, t. XII, p. 747.)

Femme, quarante ans. — Opération, 28 Janvier 1892. Laparotomie exploratrice. Lipome rétropéritonéal trop étendu pour être extirpé. — Mort par occlusion intestinale le huitième jour.

Autopsie : Tumeur née dans les fosses iliaque et lombaire droites ayant refoulé le rein, l'uretère et les annexes. Occlusion par couture des angles du colon.

Lipome pur de 7 kg. 850.

OBS. 36. — TERRIER et GUILLEMAIN, 1892. (*Revue de Chirurgie*, t. XII, p. 752.)

Femme, cinquante-cinq ans. — Laparotomie exploratrice en Mars 1889. Extirpation impossible. Fermeture de l'abdomen. La malade vivait encore trois ans après.

OBS. 37. — MONOD, 1892. (*Bullet. Soc. Chir. de Paris*, p. 681.)

Homme. — Laparotomie en 1892 avec néphrectomie. — Guérison. (Poids : 6 kg. 600.)

Au centre de la tumeur, on trouve une masse grisâtre en dégénérescence graisseuse creusée de cavités et rappelant le rein par sa forme. Dégénérescence graisseuse tellement marquée qu'il est impossible de reconnaître au microscope s'il existe du tissu rénal.

Histologiquement : Tumeur constituée par de la graisse et du tissu conjonctif jeune.

OBS. 38. — PEYROT, 1892. (*Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, p. 383.)

Femme, adulte. — Énucléation d'un lipome ayant envahi l'épiploon gastro-hépatique qui est enlevé en même temps que la tumeur.

OBS. 39. — VAN DER VEER, 1892. (*American journal of medicine, Sciences*, p. 19.)

Femme, quarante-deux ans. — Tumeur rétropéritonéale trouvée à l'autopsie entourant le rein gauche. Poids : 3 livres. A la coupe, amas graisseux et parties kystiques contenant du sang.

Myxo-lipome.

OBS. 40. — WITTE, 1893. (*Centralbl. f. Gynaekol.*, n° 49, p. 1143.)
Femme, vingt-trois ans. — Extirpation sans incident d'une tumeur rétropéritonéale. — Guérison.
Fibro-myxo-lipome kystique.

OBS. 41. — ROUX, 1893. (*VII^e Congrès français de Chirurgie*, p. 499.)
Femme, quarante-six ans. — Opération, Mars 1891. Extirpation d'un lipome à trois lobes. Drainage de la cavité par le triangle de Petit. — Guérison.
Fibro-lipome.

OBS. 42. — ROUX (*loco citato*).
Femme, quarante-neuf ans. — Début depuis seize ans.
Opération, Septembre 1892. Extirpation d'un lipome rétropéritonéal. Ablation de deux fibromes utérins et des ovaires. Fermeture sans drainage. — Guérison.
Lipome simple (3 kg. 320).

OBS. 43. — HEURTAUX, 1893. (*Archives provinc. de Chir.*, t. II, p. 164.)
Homme, soixante ans. — Opération en 1892. Ablation sans incident. — Guérison.
Lipo-myxome (6 kg. 050).

OBS. 44. — KÜSTNER, *in* HORN, 1894. (*Inaugural Dissertation*, p. 13.)
Extirpation d'une tumeur rétropéritonéale suivie d'abouchement du péritoine postérieur à la paroi. — Guérison.

OBS. 45. — FRITSCH, *in* HORN (*loco citato*).
Femme, cinquante-trois ans. — Opération : Énucléation incomplète d'une tumeur rétropéritonéale. Péritonisation parfaite. Fermeture sans drainage. — Guérison. — Mais récidive au bout de cinq mois. Huit mois après la première opération, une laparotomie exploratrice démontre l'inopérabilité de la tumeur récinivée.
Lipo-myxome (7 kg. 700 pour la partie enlevée).

OBS. 46. — JOSEPHSON, 1895. (*Hygica*, t. LVII, 2, p. 401.)
Femme, soixante-un ans. — Opération : Laparotomie xiphopubienne. Énucléation d'une tumeur rétropéritonéale. Fermeture

complète de l'abdomen. Drainage postérieur. (Durée : trois heures.)
— Mort au bout de quarante-huit heures.

Fibro-myxo-lipome calcifié par places. (Poids : 9 kilogrammes.)

OBS. 47. — SCHILLER, in JOSEPHSON et WESTBERG, 1895. (*Hygica*, t. LVII, f. 2, p. 470.)

Homme, quarante ans. — Début depuis six mois.

Opération, 17 Juin 1893. Tumeur rétropéritonéale ayant refoulé l'intestin à droite. Ablation laborieuse de nombreuses masses lipomateuses (durée : trois heures). — Mort le quinzième jour.

A l'autopsie on trouve une masse lipomateuse laissée derrière le colon descendant et se prolongeant jusque derrière l'estomac. Autre lipome siégeant au détroit supérieur : véritable lipomatose abdominale. Poids du lipome enlevé : 11 kg. 300.

OBS. 48. — LENNANDER, 1895. (*Centralbl. f. Chir.*, 26 Janvier, n° 4, p. 97.)

Homme, cinquante-deux ans. — Opération : Lipome rétropéritonéal en connexion intime avec les vaisseaux du colon transverse et avec lui-même. Blessure des vaisseaux et extériorisation du colon transverse. Le lendemain, gangrène de cette portion dont on pratique la résection secondaire ainsi que celle du bout afférent. Anus contre nature, puis fistule stercorale persistant encore neuf mois après l'opération.

Lipome (15 kilogrammes).

OBS. 49. — LOCKWOOD, 1895. (*The Lancet*, 25 Mai, p. 1300.)

Femme, cinquante-trois ans. — Laparotomie exploratrice. — Extirpation impossible. — Guérison.

OBS. 50. — LAROYENNE, 1895. (*Gazette des hôpitaux de Toulouse*, n° 37, p. 292.)

Femme, quarante-deux ans. — Opération, Avril 1895. Anses intestinales adhérentes, dont l'une est blessée et suturée ensuite. Extirpation d'un lipome rétropéritonéal. Drainage à la Mickulicz. Suites opératoires inconnues. — (Poids : 20 kilogrammes.)

OBS. 51. — LOTHEISEN, 1896 (*loco citato*).

Femme, quarante-six ans. — Début il y a six ans.

Opération, Août 1891. Lipome à grands lobes adhérent aux reins. Extirpation sans néphrectomie. — Guérison.

Fibro-lipome (5 kilogrammes).

OBS. 52. — LOTHEISEN, 1896. (*Archiv. f. Klin. Chir.*, p. 740.)

Femme, cinquante-deux ans. — Début depuis deux ans.

Opération, Juin 1888. Tumeur rétropéritonéale développée entre le rein et la capsule surrénale. Impossibilité d'enlever toute la tumeur et obligation de terminer rapidement l'opération vu l'état de faiblesse de la malade. — Mort le onzième jour de péritonite.

Autopsie : Il restait un fragment de tumeur gros comme une tête d'enfant, développée dans le ligament large et adhérente au méso-iliaque et un autre fragment séparé du foie par la capsule surrénale. Le rein droit était refoulé vers la ligne médiane et dévié, le bassinnet regardant en haut.

Myxo-lipome.

OBS. 53. — ADAMI, 1897. (*Montréal Medical journal*, p. 529.)

Homme, soixante ans. — Tumeur trouvée à l'autopsie refoulant en haut la masse intestinale et le foie, englobant partiellement le rein gauche.

Histologiquement : Tissu adipeux dans un stroma abondant de tissu conjonctif embryonnaire.

OBS. 54. — LEJARS, 1898. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie de Paris*, 27 Avril, p. 449.)

Femme, cinquante-deux ans. — Opération, Avril 1898. On tombe sur deux masses graisseuses rétropéritonéales soulevant l'une le méso-colon descendant et l'autre le méso-colon ascendant. La première est extirpée ainsi qu'un prolongement pelvien descendant sur les côtés du rectum jusque derrière l'utérus. La seconde, partiellement enlevée, ne peut être poursuivie jusqu'au niveau de ses prolongements préaortiques. Excision par morcellement aussi étendue que possible mais non totale. Ouverture d'une veine volumineuse nécessitant la forcipressure. Drainage. — Mort le onzième jour.

Myxo-lipome diffus.

OBS. 55. — GERSTER, Mai 1898. (« *Retroperitonéal Lipomata* », *Annales of Surgery*, t. XXVII, p. 657.)

Femme, cinquante-sept ans. — Opérée quelques mois auparavant d'un lipome de la cuisse droite se continuant par un prolongement passant sous l'arcade de Fallope avec une grosse masse abdominale. Vu l'état de la malade, on n'enleva alors que la portion fémorale excessivement adhérente aux vaisseaux fémoraux. A la suite de

l'intervention, douleurs dans le genou et large plaque d'anesthésie sur la face antérieure de la cuisse.

Opération, Novembre 1897. Incision de la ligature de l'artère iliaque primitive. On trouve une tumeur rétropéritonéale dont on procède à l'énucléation sous-péritonéale. Obligation de sectionner et de lier de grosses veines, de récliner le nerf crural et, pour atteindre le pédicule, de prolonger l'incision abdominale jusqu'à la racine de la cuisse. Résection de l'artère fémorale profonde et de la veine saphène interne. — Guérison.

Fibro-lipome.

OBS. 56. — SKUTSCH, 1898. (*Munch. med. Wochenschr.*, p. 1483.)

Femme, quarante-huit ans. — Opération : Tumeur rétropéritonéale dédoublant le méso ; le colon descendant rejeté à droite et se confondant avec la capsule du rein gauche. Extirpation sans néphrectomie suivie d'hystérectomie supravaginale pour fibrome. — Guérison.

Lipome (4 kilogrammes).

OBS. 57. — DALZIEL, 1898. (*The Glasgow med. Journal*, volume XLIX, p. 372.)

Garçon, huit ans. — Début à l'âge de deux ans.

Opération, 27 Décembre 1897. Le ventre est à peine incisé que le patient succombe à une syncope. Tumeur rétropéritonéale s'étendant du sacrum au diaphragme, adhérente à la colonne vertébrale.

Lipome pur.

OBS. 58. — GUSSENBAUER, in PUPOVAC, 1899. (*Wien. med. Woch.*, n° 3, p. 45.)

Femme, cinquante-quatre ans. — Début depuis sept ans.

Opération, Janvier 1898. Laparotomie latérale. Colon ascendant refoulé à gauche par la tumeur. Énucléation facile avec néphrectomie. — Guérison.

Fibro-lipome calcifié par places (7 kg. 200).

OBS. 59. — FRAIKIN, 1899. (*Revue mens. d'Obst., de Gynéc. et de Péd. de Bordeaux*, p. 188.)

Femme, trente-quatre ans. — Opération, Novembre 1898. Tumeur rétropéritonéale adhérente à la partie inférieure du rein. Extirpation et néphrectomie. — Guérison.

Histologiquement : Fibro-lipome. Rein normal.

OBS. 60. — HEINRICIUS, 1900. (*Deutsche Zeitschr. f. Chir.*, t. LVI, p. 579.)

Femme, trente-neuf ans. — Extirpation d'une tumeur rétropéritonéale. — Guérison.

Lipome pur. (Poids : 6 kilogrammes.)

OBS. 61. — CHAVANNAZ, 1900. (*Rev. mens. de Gynécol., Obstétr. et Pédiatrie de Bordeaux*, p. 57.)

Femme, cinquante ans. — Opération, Octobre 1889. Tumeur rétropéritonéale impossible à extirper à cause de ses connexions avec les gros vaisseaux et le pancréas. On pratique le morcellement, mais on est obligé d'arrêter l'opération à cause de l'état de la malade. Péritonisation impossible. Drainage du douglas. — Mort par péritonite au bout de vingt-quatre heures.

Autopsie : La partie de la tumeur non extirpée adhère à la colonne vertébrale et se prolonge au travers d'une brèche diaphragmatique jusque dans le thorax où elle vient au contact du poumon sous forme d'un lobe gros comme un poing. Un autre prolongement moins important traverse l'orifice aortique et pénètre dans le médiastin postérieur.

Histologiquement : fibro-lipome.

OBS. 62. — LATOUCHE, 1900. (*Bull. et Mém. Soc. de Chir. de Paris*, p. 889.)

Femme, cinquante-trois ans. — Début depuis six mois. Développement rapide avec gênes de la digestion et de la respiration.

Opération, Juin 1900. Laparotomie médiane xypho-pubienne. Tumeur rétropéritonéale avec forte adhérence hépatique entraînant une déchirure de la capsule suivie d'hémorragie en nappe nécessitant le tamponnement. Adhérence de la tumeur avec le rein et le rachis. — Guérison.

Lipome pur (6 kg. 500).

OBS. 63. — KÖNIG, jun., 1900. (*Centralbl. f. Chirurgie*, p. 826.)

Homme, quarante-quatre ans. — Début depuis un an et demi.

Opération : Laparotomie. Tumeur rétropéritonéale à point de départ pelvien. Extirpation laborieuse et longue (deux heures). — Mort le sixième jour.

Lipome de 11 kilogrammes implanté au niveau du cul-de-sac de Douglas.

OBS. 64. — ADAMI et GARDNER, 1900. (*Montréal med. Journal*, Juin.)

Femme, trente-cinq ans. — Opération, Janvier 1900. On découvre deux tumeurs rétropéritonéales, l'une abdominale et l'autre pelvienne. Extirpation. Péritonisation et fermeture sans drainage. Poids : 8 kilogrammes.

Chondro-myxo-fibro-lipome. —

OBS. 65. — LEXER, 1901. (*Deutch. mediz. Wochenschr. (Verein-Beilage)*, 21 Février, n° 8, p. 59.)

Homme, cinquante-quatre ans. — Opération : Lipome rétropéritonéal. Énucléation de la portion centrale encapsulée, de 35 centimètres de diamètre, puis extirpation d'un chapelet de petites tumeurs encapsulées, entourant la précédente. On est obligé de laisser en place une série de petits lipomes disséminés. Fermeture sans drainage. — Guérison. — Poids : 10 kg. 500.

OBS. 66. — MAY, in BORK, 1901. (*Archiv. f. Klin. Chir.*, t. LXIII, p. 936.)

Enfant, un an, sexe féminin, chez lequel on diagnostique une tumeur rénale.

Opération, Avril 1898. Incision lombaire de Bergmann. Tumeur lipomateuse extraite sans lésion du péritoine et sans néphrectomie. — Guérison.

Lipome pur.

OBS. 67. — ULLMANN, 1902 (*Hygica*, t. II, p. 64, et *Centralbl. f. Gyn.*, 12 Avril, p. 414), et LINDQUIST, 1902 (*Hygica*, 2 Novembre, et *Centralbl. f. Gyn.*, 26 Mars 1904, p. 401).

Opération, Avril 1900. Énorme lipome rétropéritonéal extrait par morcellements. — Guérison. — Poids : 5 kg. 500. — Dix-neuf mois après, récurrence réopération par Lindquist. Énucléation. — Guérison. — (Poids : 4 kg. 900.) — Tissu graisseux parcouru de vaisseaux, avec au centre un fragment d'os de la dimension d'un ongle.

OBS. 68. — ALBAN DORAN, 1902. (*Obstetrical Transact.*, volume XLIV, p. 265.)

Femme, quarante-sept ans. — Opération, Juin 1902. Tumeur rétropéritonéale en deux lobes unis par un pont graisseux au-devant de la colonne vertébrale. Adhérence au rein droit sans néphrectomie ; adhérence intime au pancréas qui fut probablement

déchiré. Fermeture sans drainage. — Mort au bout de trente-huit heures avec anurie.

Lipome pur.

OBS. 69. — VON KUBINYI, 1903. (*Budapesti Kir. orvosegyesület*, 2 Mai, p. 145.)

Femme, quarante-un ans. — Opération : Gros lipome plongeant dans le bassin et dédoublant le ligament large. (Poids : 11 kilogr.)

OBS. 70. — HERBERT SPENCER, 1903. (*Obstetric. Soc. of London, in Obstetr. Transact.*, vol. XLIV, p. 273.)

Gros lipome rétropéritonéal pesant 15 livres. — Mort en quelques mois par infection.

OBS. 71. — MICHEL, 1904. (*Centralbl. f. Gyn.*, 15 Octobre, n° 41, p. 1205.)

Femme, cinquante-sept ans. — Lipome rétropéritonéal plongeant dans le bassin et refoulant l'utérus hors du pelvis. Ablation suivie de colpo-perinéorraphie. — Guérison.

Lipome pur (poids : 9 kilogrammes).

OBS. 72. — MORRIS, cité par HARTMANN et LECÈNE, *in Travaux Anatomo-cliniques*, 1903, Paris, p. 45.)

Femme, soixante-dix ans. — Opérée d'un fibro-lipome rétropéritonéal. Pas de détails cliniques ni opératoires.

OBS. 73. — JOHNSTONE, 1904. (*Amer. journ. of the med. Assoc.*, p. 1192.)

Femme, quarante-sept ans. — Opération : Tumeur rétropéritonéale extirpée totalement. — Mort le troisième jour.

OBS. 74. — MERCADÉ, 1904. (*Bull. et Mém. de la Soc. anatomique de Paris*, n° 9, p. 755.)

Homme, soixante-huit ans. — Accidents d'occlusion intestinale depuis quelques jours.

Opération, 14 Septembre 1904. Établissement d'un anus iliaque gauche. — Mort un mois après par embolie pulmonaire.

Autopsie : Lipome rétropéritonéal repoussant le cœcum et l'appendice et descendant jusqu'à l'anneau crural.

Histologiquement : lipome pur.

OBS. 75. — JOHNSTONE, 1904. (*The Journ. of the Americ. med. Assoc.*, p. 1192.)

Femme, trente-cinq ans. — Opération, Avril 1904. Tumeur rétropéritonéale étendue du diaphragme au petit bassin. Adhérence au rein. Néphrectomie. Adhérence à la veine cave englobée dans la tumeur. Il est très difficile de l'en séparer. Adhérence pancréatique. Drainage lombaire. — Guérison.

Fibro-lipome (4 kg. 100).

OBS. 76. — AHERN, 1905. (*Bull. méd. de Québec*, n° 1, p. 1.)

Femme, quarante-huit ans. — Opération, Septembre 1903. Laparotomie latérale droite. Tumeur rétropéritonéale repoussant le colon et s'étendant depuis le foie jusqu'à la fosse iliaque droite. Extirpation par morcellement. Néphrectomie. Péritonisation. Pas de drainage. — Guérison.

Pas d'examen histologique. Poids : 3 kg. 860.

OBS. 77. — NEUMANN, 1905. (*Wien Klin. Wochenschr.*, n° 27, p. 742.)

Enfant, trois ans. — Opération : Laparotomie médiane exploratrice. Constataction d'une tumeur rétropéritonéale. On referme la plaie abdominale et l'on pratique une incision lombaire gauche. Énucléation d'un gros lipome. Le péritoine est déchiré sur la largeur d'une paume de main et le colon descendant est complètement privé de ses vaisseaux. On est obligé de le réséquer dans sa totalité et d'anastomoser le colon transverse à l'S iliaque. Fermeture du péritoine après extrapéritonisation de l'anastomose intestinale. — Guérison.

Lipome pur (7 livres).

OBS. 78. — REYNOLDS et WADSWORTH, 1906. (*Annals of Surgery*, vol. XLIV, p. 60.)

Femme, trente-huit ans. — Opération, Novembre 1905. Laparotomie latérale gauche. Le colon descendant croise la face antérieure de la tumeur. Énucléation lobule par lobule. Adhérence aux deux reins, à la rate et à l'aorte. Drainage abdominal. — Guérison.

Poids : 7 kg. 500.

OBS. 79. — BÉRARD et CAVAILLON, 1907. (*Lyon Médical*, 6 Janvier, p. 25.)

Femme, soixante ans. — Opération, Octobre 1906. Tumeur rétropéritonéale à point de départ prévertébral. Énucléation et

décortication progressive au cours de laquelle on rompt une collatérale de l'aorte à son émergence du vaisseau. Ligature latérale en bourse de l'aorte en deux plans. Péritonisation complète. — Guérison.

Lipo-myxo-fibrome kystique (12 kilogrammes).

OBS. 80. — PROUST, 1908. (*Rev. de Chir. et de Gynéc. abd.*, Janvier-Février, p. 98.)

Femme, trente-deux ans, opérée en Août 1905.

Laparotomie latérale dans la fosse iliaque droite permettant d'arriver sur la tumeur sans ouvrir le péritoine. Adhérence de la tumeur au nerf crural qui est inclus dans l'épaisseur même de la capsule du lipome et qui est offensé pendant l'opération.

Guérison après une paralysie sensitive et motrice grave du nerf crural.

Histologiquement : lipo-myxone (670 grammes).

OBS. 81. — WEINHOLD, 1908. (*Gynéc. Rundschau, Berl. u. Wien*, II, p. 541.)

Femme, quarante-huit ans. — Opérée le 15 Novembre 1908 d'une tumeur rétropéritonéale. Morcellement. Connexions avec le rein droit, pas de néphrectomie. Péritonisation complète. Ventrofixation utérine pour rétroflexion. Fermeture de l'abdomen sans drainage.

Poids du lipome : 12 livres et demie.

OBS. 82. — WÖCKLER, 1909. (*Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, März 1909, p. 149.)

Homme, cinquante ans. — Opération, Septembre 1906, par Hobbs. Extirpation par morcellement d'un lipome rétropéritonéal. Adhérences au rein droit. Isolement de l'uretère sur 15 centimètres. Tamponnement et marsupialisation. Au treizième jour, fistule urinaire due probablement à une nécrose partielle de l'uretère. Fin décembre, la fistule est guérie et le malade peut quitter l'hôpital. Lipo-fibrome : 8 kg. 375.

Récidive un an et demi après.

Deuxième opération par Wöckler : énucléation de plusieurs masses lipomateuses. — Guérison après une fistule du colon.

DEUXIÈME GROUPE

Lipomes avec éléments sarcomateux (formes de passage)

OBS. 83. — WALDEYER, 1865. (*Virchow's Archiv.*, p. 543.)

Femme, trente ans. — Tumeur trouvée à l'autopsie : refoulement du colon transverse en avant. Myxo-lipome présentant toutes les variétés du myxome à l'exception des formes cartilagineuse et ossifiante. Englobement du rein droit avec dégénérescence graisseuse accentuée de l'épithélium des canaux droits et contournés. Dans le foie et les poumons, noyaux de tissu myxo-sarcomateux.

OBS. 84. — VAN DER VEER (*loco citato*), 1892.

Homme, quarante-un ans. — Opération 1889 : Laparotomie le long du bord externe du muscle droit. La tumeur étant trop adhérente, on referme le ventre. Après quelques mois, la plaie se dessèche et donne issue à une masse fongueuse. — Mort par cachexie quatre mois après.

Autopsie : Tumeur rétropéritonéale intimement adhérente au rein droit ayant déplacé les viscères à gauche et refoulé le foie, le diaphragme et les poumons. (Poids : 28 kilogrammes).

Histologiquement : lipo-myxo-sarcome kystique.

OBS. 85. — JOSEPHSON (*loco citato*).

Homme, soixante-dix ans. — Tumeur rétropéritonéale observée à l'autopsie.

Myxo-fibro-lipome avec noyau sarcomateux.

OBS. 86. — ADAMI, 1897. (*Montréal médical journal*, p. 529.)

Homme, quarante-cinq ans. — Opération, Mai 1892. Tumeur rétropéritonéale inextirpable vu son étendue. On referme le ventre. Le malade meurt en Février 1893.

Autopsie : Myxo-lipome avec par places dégénérescence sarcomateuse.

OBS. 87. — HARTMANN et LECÈNE, 1903. « Les tumeurs de la capsule adipeuse du rein », in Hartmann. (*Travaux de chirurgie anatomo-clinique*, Paris, p. 45.)

Femme, soixante-deux ans. — Opération, Mars 1901. Tumeur rétropéritonéale refoulant le colon et le cæcum à gauche. Incision

du péritoine postérieur en dehors du colon. Morcellement de la tumeur du centre vers la périphérie. Néphrectomie. Marsupialisation de la poche. — Guérison.

Récidive au bout d'un an. Poids : 10 kg. 100.

Histologiquement : La tumeur est formée par du tissu adipeux, du tissu myxomateux, du tissu conjonctif embryonnaire et en certains points de débris épithéliaux embryonnaires (vestige du corps de Wolff). Le rein est sain.

OBS. 88. — HUWE, 1904. (*Inaug. Dissertat. Greifswald*, Mai.)

Homme, cinquante-neuf ans. — Opération : Extirpation d'une tumeur rétropéritonéale suivie de mort en trois semaines.

A l'autopsie, on trouve le rein droit déplacé et renfermant un noyau de métastase. Autre métastase péritonéale et hépatique.

Histologiquement : fibro-lipo-sarcome.

CONCLUSIONS

1^o Les lipomes rétropéritonéaux sont absolument distincts des lipomes du mésentère et des lipomes du ligament large.

2^o Les lipomes rétropéritonéaux ne sont peut-être pas des tumeurs au sens histologique du mot, mais des produits d'inflammation chronique.

3^o Le diagnostic en est ordinairement très difficile. Il y a cependant le plus grand intérêt pour le malade à ce que le diagnostic soit porté dès les premières phases de la maladie.

4^o Tout lipome rétropéritonéal diagnostiqué ou seulement soupçonné chez un sujet en bon état général doit être opéré à bref délai.

5^o Pour extirper ces énormes masses, la laparotomie médiane antérieure est la meilleure voie d'accès. L'incision du péritoine pariétal postérieur doit porter sur le feuillet avasculaire du mésocolon ou du mésentère. Le morcellement prudent du lipome, du centre à la périphérie, est la méthode de choix. La cavité rétropéritonéale doit être drainée soit par les lombes, soit par la paroi abdominale antérieure après marsupialisation de la poche.

La néphrectomie et les résections intestinales n'aggravent pas sensiblement le pronostic opératoire.

Vu : *Le Président de la Thèse,*
HARTMANN.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur
de l'Académie de Paris,

Vu : *Le Doyen,*
L. LANDOUZY.

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAMI. — *Montréal med. Journal*, 1897, Janvier, p. 529, et Février, p. 620.
- ADAMI et GARDNER. — *Montréal med. Journal*, 1900, Juin.
- AHERN. — *Bull. méd. de Québec*, 1905, Septembre, n° 1, p. 1.
- ALBAN DORAN. — *Obstetrical Transactions*, 1902, vol. XLIV, p. 265.
- ALSBERG. — *Deutsche med. Woch.*, 1887, n° 30, 28 Juillet, p. 677.
- AUGAGNEUR. — « Tumeurs du mésentère. » *Thèse agrég.*, 1886.
- BAZIN. — « Tumeurs solides primitives du mésentère. » *Thèse*, Paris, 1907.
- BELKOWSKY. — *Revue médicale de la Suisse romande*, 1893, t. XIII, p. 431.
- BÉGANIN. — *Rev. de Chir.*, 1898, p. 205, et 1899, p. 235.
- BÉRARD et CAVAILLON. — *Lyon Médical*, 1907, n° 1, p. 25.
- BORK. — *Arch. f. Klin. Chir.*, 1901, t. LXIII, p. 935.
- BROCA. — *Bull. Soc. Anat. de Paris*, 1850, p. 137.
- BRUNTZEL. — *Berlin. Klin. Woch.*, 1882, p. 745.
- CAUVY. — *Montpellier médical*, 1874, n° 11, p. 74.
- CHAVANNAZ. — *Revue mens. d'Obst. et de Gynéc. de Bordeaux*, 1900, p. 57.
- COOPER-FORSTER. — *Transact. of the patholog. Society of London*, 1868, p. 246.
- DALZIEL. — *Glasgow med. Journal*, 1898, p. 372.
- DRESCHFELD. — *Trans. path. Soc. of London*, 1880, p. 287.
- EISELSBERG (VON). — *Wien. Klin. Woch.*, 1890, n° 23, p. 438.
- FRAIKLIN. — *Revue mens. d'Obst. et de Gyn. de Bordeaux*, 1899, p. 188.
- GERSTER. — *Ann. of Surgery*, 1898, t. XXVII, Mai, p. 657.
- HARTMANN et LECÈNE, in Hartmann. — *Trav. de Chir. anat. clin.*, Paris, 1903, p. 49.

HEINRICUS. — *Deutsche Zeitschrift f. Chir.*, 1900, Bd. LVI, H. 5 u. 6, p. 579.

HEURTAUX. — *Archives provinciales de Chir.*, 1893, t. II, p. 164.

HOMANS. — *Boston méd. a. surgical Journal*, 1883, vol. CVIII, 8 Mars, p. 241.

HORN. — « Ueber retroperit Myxo-lipome. » *Inaug. Diss.*, Breslau, 1894.

HUWE. — « Lipo-fibro-myosarcoma retroperit. » *Inaug. Diss.*, Greifswald, 1904.

JOHNSTONE. — *Journ. of the Amer. med. Assoc.*, 1904, p. 1192.

JOSEPHSON et WESTBERG. — *Hygiea*, 1895, vol. LVII, f. 2, p. 401.

KÆFOED. — *Centr. f. Chirg.*, 1887, n° 36, p. 677.

KÖNIG JUNIOR. — *Centr. f. Chir.*, 1900, n° 32, p. 826.

KUBINYI (von). — *Budapesti kir. Orvosegyesulet*, 1903, 2 Mai.

KUNMEL. — *Munch. med. Woch.*, 1886, 26 Octobre, n° 43, p. 770.

LAROEYENNE. — *Gazette des hôpitaux de Toulouse*, 1895, n° 37, p. 292.

LATÔUCHE. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, Paris, 1900, p. 889.

LAUWERS. — *Bull. de l'Acad. royale de méd. de Belgique*, 1891, p. 310.

LEJARS. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, Paris, 1898, 27 Avril, p. 449.

LENNANDER. — *Centr. f. Chir.*, 1895, 26 Janvier, n° 4, p. 97.

LEXER. — *Deutsche med. Woch.*, 1901, 21 Février, p. 59.

LINDQUIST. — *Hygiea*, 1902, Novembre, t. II, f. 2.

LOCKWOOD. — *The Lancet*, 1895, 25 Mai, p. 1301.

LOTHEISSEN. — *Arch. f. Klin. Chir.*, 1896, t. LIII, p. 740.

LUNDIN et HEDHOM. — *Upsala Lakare farenings Forhendlinger*, 1895, t. XXX, n° 2.

MADELUNG. — *Berl. Klin. Woch.*, 1881, n° 6, p. 75, et n° 7, p. 93.

MEYER. — « Ueber ein retroperiton. Lipome. » *Inaug. Diss.*, Leipzig, 1891.

MERCADÉ. — *Bull. et Mém. Soc. anat.*, Paris, 1904, Novembre, n° 9, p. 755.

MICHEL. — *Centr. f. Gyn.*, 1904, 15 Octobre, n° 41, p. 1205.

MONOD. — *Bull. et Mém. Soc. de Chir.*, Paris, 1892, 2 Novembre, p. 681.

MORGAGNI. — « De sedibus et causis morborum », t. II, epist. XXXIX, 5, p. 317.

- MORRIS. — *Surgical diseases of the kidney*, Londres, 1901, t. II, p. 29.
- MOYNIER. — *Comptes rendus et Mém. Soc. de Biologie*, 1850, t. II Août, p. 139.
- MORTON. — *The Lancet*, 1908, II, p. 520.
- NEUMANN. — *Wien. Klin. Woch.*, 1905, n° 27, p. 742.
- PÉAN. — « Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen », Paris, 1880, t. I, p. 1129, et *Bull. gén. de Thérap. méd. et chir.*, 1885, t. CIX, p. 420.
- PERNICE. — *Deutsche med. Woch.*, 1884, n° 52, p. 850.
- PEYRAT. — *Bull. Soc. anat.*, Paris, 1875, 5 Mars, p. 178, et *Bull. et Mém. Soc. chir.*, Paris, 1892, 25 Mai, p. 383, et *Ibid.*, 1896, Janvier.
- PICK. — *Trans. path. Soc. of London*, 1869, t. XX, p. 337.
- POLLOCK. — *The Half-Year. Abstr. of med. Sciences*, 1852, vol. XVI, p. 357.
- PUPOVAC. — *Wien. Klin. Woch.*, 1899, n° 3, 19 Janvier, p. 41.
- PRUST et TRÈVES. — *Revue de Gyn. et de Chir. abd.*, Janvier 1908.
- QUÉNU. — In « *Traité de Chirurgie de Duplay et Reclus* », 2^e éd., t. VI, p. 925.
- REYNOLDS et WADSWORTH. — *Ann. of Surgery*, 1906, vol. XLIV, p. 60.
- ROUTIER. — *Bull. et Mém. Soc. Chir.*, Paris, 1892, p. 682.
- ROUX. — *VII^e Congrès français de Chir.*, Paris, 1893, p. 499.
- RUBENS-DUVAL. — « *Cytologie des inflammations cutanées* », Thèse de Paris, 1908.
- SALZER. — *Wien. Klin. Woch.*, 1888, p. 199, 221, et 238.
- SAURENHAUS. — *Centr. f. Gyn.*, 1890, t. XIV, n° 10, p. 164.
- SKUTSCH. — *Munch. med. Woch.*, 1898, n° 46, p. 1483.
- SPENCER HERBERT. — *Obst. Transact.*, vol. XLIV, 1902, p. 273.
- SPENCER WELLS. — *Transact. of pathologic. Soc. of London*, 1868, vol. XIX, p. 243, et *Brit. med. Journal*, 1884, t. I, p. 758.
- TELLER. — *Beitr. z. Kenntnis retroper. Tum. Inaug. Dissert.*, Greifswald, 1904.
- TERRIER et GUILLEMAIN. — *Rev. de Chir.*, 1892, p. 748.
- TERRILLON. — *Arch. gén. de Méd.*, 1886, p. 260.

TILLMANN. — *Hygiea*, 1892, t. II, p. 277.

THIRIAR. — *IV^e Congrès français de Chir.*, 1889, p. 319.

TRÈVES. — *Trans. of clinical Soc. of London*, 1893, vol. XXVI, p. 101.

ULLMANN. — *Hygiea, analysé in Centr. f. Gyn.*, 1902, n^o 15, p. 414.

VAN DER VEER. — *Amer. Journ. of the med. Sciences*, 1892, p. 18.

VILLAR. — *In « Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet »*, 1^{re} éd., t. VIII, p. 10.

WALDEYER. — *Virchow's Archiv.*, 1865, t. XXXII, p. 543.

WALZER. — *Allgem. Wien. med. Zeitung*, 1881, n^o 6, p. 63.

WIGGLESWORTH. — *The Lancet*, 1883, vol. II, 30 Juin, p. 1121.

WITTE. — *Centr. f. Gyn.*, 1893, t. XVII, n^o 49, p. 1143.

WAECKLER. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*. März 1909, p. 149.

WEINHOLD. — *Gyn. Rundschau Bull. in Wien*, 1908, II, 541.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.	11
Délimitation du sujet	15
Étiologie.	21
Anatomie macroscopique.	25
Anatomie microscopique.	36
Les lipomes rétropéritonéaux sont-ils des tumeurs.	43
Étude clinique	51
Traitement.	57
Observations.	69
Conclusions	98
Bibliographie.	99

PARIS. IMP. P. DUBREUIL, 18, RUE CLAUZEL.
